
	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 1 из 24
--	--	--	--------------

УТВЕРЖДЕНЫ
Советом Директоров
АО «КСЖ «Nomad Life»
Протокол №260226/1
от «26» февраля 2026 года

Правила
добровольного страхования жизни с телемедициной
Пр-ДКС-04

г. Алматы, 2026 год

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 2 из 24
--	--	--	--------------

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (далее – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан (далее – ГК РК), Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности» (далее – Закон) и другими нормативными правовыми актами Республики Казахстан и содержат типовые условия заключения Договора страхования.

1.2. Правила определяют порядок и условия осуществления страхования жизни, на случай болезни и от несчастных случаев заемщиков банков и иных кредитных организаций.

1.3. При заключении Договора страхования данный Договор страхования считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с даты уплаты Страхователем страховой премии в соответствии с п. 5.4. Правил.

Глава 2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩИХ ПРАВИЛАХ

2.1. В Правилах используются следующие основные понятия:

1) **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Выгодоприобретателю), в пределах определенной Договором страхования страховой суммы.

Применительно к Правилам Страховщик – акционерное общество «Компания по страхованию жизни «Nomad Life».

2) **Кредитная организация** – банк, организация, осуществляющая отдельные виды банковских операций – имеющая лицензию уполномоченного государственного органа на предоставление займов в денежной форме либо иная организация, имеющая право на предоставление кредитов в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

3) **Страхователь** – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком.


4) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Застрахованным в соответствии с Правилами является заемщик – клиент банка либо иной кредитной организации, заключивший с ней Договор займа. Возраст Застрахованного по истечении срока действия страховой защиты не должен превышать 70 лет, если иное не установлено Договором страхования.

5) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты.

6) **Договор займа** – соглашение, согласно которому одна сторона (займодаделец) передает или обязуется передать другой стороне (заемщику) деньги, а заемщик обязуется своевременно возратить займодателю такую же сумму с выплатой вознаграждения, в размере, порядке и сроках, определенных Договором займа.

7) **Договор страхования** – сделка, основанная на согласованной воле двух сторон, в соответствии с которой одна сторона (Страхователь) обязуется уплатить страховую премию, а другая сторона (Страховщик) обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (Выгодоприобретателю), в пределах определенной Договором страхования страховой суммы.

8) **Страховой полис** – письменная форма заключения Договора страхования путем присоединения Страхователя к правилам страхования, разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 3 из 24
--	--	--	--------------

9) **Страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

10) **Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, порядке и сроках, определенных Договором страхования.

11) **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая, определенного в Договоре страхования.

12) **Страховой случай** – событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

13) **Несчастный случай** – наступившее вопреки воле человека внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть.

Под несчастным случаем понимается также противоправное действие третьих лиц в отношении Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть Застрахованного.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания).


14) **Инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, устанавливаемая уполномоченным государственным органом в области социальной защиты населения.

15) **Объект страхования** – объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного (заемщика), связанные с причинением вреда его жизни и здоровью в результате несчастного случая, а также в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья.

16) **Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг, предусмотренные Договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи.

17) **Дистанционные медицинские услуги (телемедицина)** – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий.

18) **Сервис** – онлайн-сервис/платформа для предоставления Застрахованным дистанционной медицинской услуги врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта и приложения для мобильных устройств.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 4 из 24
--	--	--	--------------

19) **Медицинская программа страхования** – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг в рамках Договора страхования и Правил.

20) **Медицинская организация** – юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее Договор с Ассистансом и оказывающее услуги Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельности применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации.

21) **Врач** – специалист с зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист), осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса.

22) **Медицинская помощь** – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного.

23) **Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности органов или систем организма Застрахованного, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

Глава 3. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

3.1. Перечень страховых случаев определяется Договором страхования. В соответствии с Правилами, Договор страхования может включать следующие основные страховые случаи:

1) смерть Застрахованного, наступившая в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами;

2) установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами.


3.2. Договор страхования может включать следующие дополнительные страховые случаи:

1) заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного, наступившие в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами;

2) временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами.

3.3. Событие, указанное в п. 3.1. и п. 3.2. настоящей главы, признается страховым случаем, только если оно произошло в период действия Договора страхования. и непосредственно повлекло наступление смерти Застрахованного, установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы, установление Застрахованному временной нетрудоспособности.

Глава 4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 5 из 24
--	--	--	--------------

- 4.1. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с Правилами.
- 4.2. Договор страхования заключается путем присоединения Страхователя к Правилам, которые разработаны Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю Страхового полиса.

Договор страхования заключается:

- 1) на бумажном носителе – на основании заявления, подписанного Страхователем;
- 2) в электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком, Страховой полис формируется на интернет-ресурсе партнера и (или) Страховщика. При заключении Договора страхования в электронной форме – Страховой полис оформляется на основании заполненного Страхователем заявления на страхование в электронной форме, содержащего в том числе:
 - согласие Страхователя на сбор и обработку персональных данных;
 - согласие об ознакомлении с условиями Правил, в том числе с суммой страховой премии по Страховому полису;
 - согласие Страхователя на предоставление информации третьими лицами в связи с необходимостью заключения Договора страхования, а также при наступлении страховых событий и/или страховых случаев, для принятия решения об осуществлении либо об отказе в осуществлении страховой выплаты.


В случае, если Застрахованный не является Страхователем, то Договор страхования заключается с согласия Застрахованного на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование по форме, установленной Страховщиком, с приложением документа, удостоверяющего личность Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя. В данном случае Договор страхования не может быть оформлен электронным способом.

4.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить в заявлении на страхование известные ему сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются сведения, определенно указанные в заявлении на страхование.

4.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 4.3. Правил, Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.5. Если Договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (Застрахованного) на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем (Застрахованным).

4.6. Договор страхования не заключается с лицами: указанными в перечне террористов и (или) ФРОМУ, отбывающими наказание за совершение уголовных преступлений в исправительно-трудовых учреждениях, с лицами, находящимися в СИЗО и (или) под следствием, с лицами с инвалидностью, страдающими системными, психическими расстройствами и расстройствами поведения, онкологическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями или заболеваниями системы кровообращения, сахарным диабетом, СПИДом, являющимися носителями ВИЧ-инфекции, достигшими возраста 70 (семьдесят) лет или возраст которых достигнет 70 (семидесяти) лет в период действия Договора страхования.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 6 из 24
--	--	--	--------------

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования заключен с лицом, указанным в настоящем пункте, Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты при наступлении страхового случая.

При совпадении Застрахованного с перечнем террористов и (или) ФРОМУ, страховые премии не подлежат возврату.

4.7. После вступления Договора страхования в силу заявление на страхование, приложения к Договору страхования (при наличии) и иные документы, указанные в Правилах, будут являться неотъемлемой частью Договора страхования.

Глава 5. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, установленной Договором страхования. Срок действия Договора страхования и срок страховой защиты по Договору страхования указываются в Договоре.

5.2. Договор страхования действует в течение срока, указанного в нем (в оформленном Страховщиком страховом полисе), и прекращает свое действие при наступлении первого страхового случая, предусмотренного пунктом 3.1. Главы 3 Правил. 5.3. При установлении инвалидности Застрахованному первым страховым случаем по Договору страхования признается первичное установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, и все переосвидетельствования Застрахованного, связанные с этим случаем.

5.3. Договор страхования может действовать как на территории Республики Казахстан, так и за ее пределами, а именно:

- весь мир, за исключением следующих территорий:
 - территории государств, в пределах которых ведутся военные действия, террористические акты и (или) антитеррористические операции;
 - государства, в отношении которых применены военные санкции;
 - территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;
- территории государств, выезд в которые официально не рекомендован МИД Республики Казахстан.

5.4. Датой заключения Договора страхования является дата, указанная в Договоре страхования (в оформленном Страховщиком Страховом полисе).


Глава 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЁ ОПЛАТЫ

6.1. Страховая премия уплачивается Страхователем на условиях, предусмотренных Правилами и Договором страхования, после ознакомления Страхователя с условиями Правил.

6.2. Страховая премия уплачивается единовременным платежом не позднее даты заключения Договора страхования.

6.3. Оплатив страховую премию, Страхователь тем самым подтверждает:

- свое ознакомление и согласие с условиями Правил;
- свое согласие Страховщику на сбор, обработку и предоставление информации о нем, содержащей сведения, относимые к его персональным данным, в организацию по формированию и ведению базы данных с государственным участием, с которой поставщиком информации заключен договор о предоставлении информации;
- свое согласие Страховщику на выдачу страхового отчёта о нем, в том числе содержащего сведения, относимые к своим персональным данным, из организации по формированию и

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 7 из 24
--	--	--	--------------

ведению базы данных с государственным участием, включая данные, которые поступят в будущем;

– свое согласие с тем, что предоставленные сведения для заключения Договора страхования будут являться неотъемлемой частью Страхового полиса и, если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Глава 7. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Размер страховой суммы определяется на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование и указывается в Договоре страхования.

7.2. Размер страховой выплаты не может превышать размера страховой суммы по Договору страхования. При этом суммы вознаграждения за пользования займом, пени, неустоек, штрафов за неуплату или несвоевременную уплату Застрахованным платежей по Договору займа в размер страховой выплаты не включаются.

7.3. Совокупный объем страховых выплат по Договору страхования не может превышать страховую сумму, установленную Договором страхования. В случае, если размер страховой выплаты (страховых выплат) превышает размер страховой суммы, установленной Договором страхования, Страховщик несет ответственность только в пределах страховой суммы и освобождается от ответственности в части превышения суммы выплаты над страховой суммой по Договору страхования.


7.4. При наступлении страхового случая «смерть Застрахованного, наступившая в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами», с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю одновременно в размере фактической задолженности по основному долгу, установленному договором займа на дату смерти Застрахованного, но не свыше размера страховой суммы, установленной Договором страхования.

7.5. При наступлении страхового случая «установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» на определенный срок страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю в течение установленного Застрахованному срока инвалидности в виде периодических платежей в счёт погашения основного долга, размер и порядок выплаты которых соответствует Графику платежей по Договору займа, заключенному между Застрахованным и Кредитной организацией, но не более срока окончания действия Договора страхования. Совокупный размер страховых выплат не должен превышать следующих размеров:

– в случае установления Застрахованному инвалидности 1 (первой) группы – в размере 80 % от страховой суммы, но не более фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату установления инвалидности;

– в случае установления Застрахованному инвалидности 2 (второй) группы – в размере 60 % от страховой суммы, но не более фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату установления инвалидности.

7.6. Страховщик вправе в любое время заменить осуществление страховой выплаты в виде периодических платежей на единовременную страховую выплату, размер которой соответствует суммарному значению страховых выплат, подлежащих выплате согласно

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 8 из 24
--	--	--	--------------

пункту 7.4. настоящей Главы, на срок, не превышающий срок инвалидности, установленной Застрахованному.

7.7. В случае установления Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая бессрочно страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю одновременно, в размере, указанном в пункте 7.4. настоящей Главы, но не превышающем размера фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату установления Застрахованному инвалидности.

7.8. В случае переосвидетельствования Застрахованного Страховщик продолжает осуществление страховых выплат в течение нового срока инвалидности в порядке, установленном настоящей Главой. При этом, размер страховой выплаты, с учетом ранее выплаченных сумм, суммарно не может превышать совокупного размера страховых выплат, предусмотренных пунктом 7.4. настоящей Главы.

7.9. Страховщик прекращает осуществление страховых выплат, о чем уведомляет Застрахованного и Выгодоприобретателя, в случае признания Застрахованного трудоспособным. В этом случае страховая выплата осуществляется по месяц признания его трудоспособным включительно. При наступлении страхового случая «заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного, наступившие в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» Застрахованный вправе обратиться в указанный в Договоре страхования Ассистанс для получения Дистанционных медицинских услуг (телемедицина).


Страховая выплата в этом случае осуществляется Страховщиком в виде предоставления Застрахованному доступа к сервису Ассистанса и оплаты стоимости услуг Ассистанса за предоставление Застрахованному доступа к дистанционным медицинским услугам (телемедицине), предусмотренной медицинской программой страхования.

Объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) определены Медицинской программой страхования, которая является неотъемлемой частью Правил (Приложение № 1).

7.10. При наступлении страхового случая «временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» страховая выплата осуществляется Страховщиком Застрахованному одновременно в размере 0,5 месячного расчетного показателя (далее – МРП), установленного на соответствующий финансовый год, за каждый календарный день временной нетрудоспособности, начиная с 7 (седьмого) календарного дня временной нетрудоспособности Застрахованного, но не более 30 (тридцати) календарных дней.

7.11. Предельный срок рассмотрения документов для осуществления страховой выплаты либо принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов. Если решение об осуществлении страховой выплаты не может быть принято в установленные сроки, требуется дополнительная информация либо сведения к представленным документам, Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) с объяснением причин необходимости продления сроков осуществления страховой выплаты. При этом страховая выплата осуществляется в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты.

При переосвидетельствовании Застрахованного, Страховщик не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления об осуществлении страховой выплаты, с

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 9 из 24
--	--	--	--------------

приложением справки о продлении срока инвалидности Застрахованного, принимает решение о продолжении осуществления страховой выплаты или отказе в ней.

Страховщик вправе проверять информацию по страховым случаям и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, в этом случае принятие решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в ней приостанавливается до получения ответа уполномоченного органа.


7.12. Страховая выплата осуществляется путём перечисления денежных средств на банковский счёт Выгодоприобретателя (-ей).

7.13. Решение об отказе сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа и уведомлением о праве Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на подачу обращения к Страховщику в случае несогласия с размером страховой выплаты или отказом в страховой выплате, а также на обращение к страховому омбудсману, в уполномоченный орган и (или) в суд для защиты своих прав.

Глава 8. ОСНОВАНИЯ ОСОБОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты в случае:

- 1) если событие с Застрахованным произошло в период, когда страховая защита по Договору страхования не действовала;
- 2) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования страховом риске страховом случае и его последствиях, а также иных сведений, которые в соответствии с Правилами, должны быть представлены Страховщику (при наличии подтверждающих документов);
- 3) воспрепятствование Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая;
- 4) наступления смерти Застрахованного по причине заболевания, объявленного эпидемией или пандемией и осложнений, связанных с ним, либо возникших на его фоне;
- 5) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 6) всякого рода военных действий или военных операций, спецопераций и их последствий, повреждения или уничтожения ракетами, снарядами, бомбами, другими орудиями, средствами войны и ведения боевых операций, пиратских действий, вторжения, враждебных действий иностранного государства (независимо от того объявлена война или нет);
- 7) гражданской войны, народных волнений всякого рода массовых беспорядков или забастовок, мятежа, локаутов, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти;
- 8) умышленных действий Страхователя (Застрахованного) и (или) Выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 9) участия Застрахованного в мероприятиях, связанных с гонками, испытаниями, включая тренировочные поездки, в качестве водителя, второго водителя или пассажира моторизованного транспортного средства, целью которых является достижение максимальной скорости;
- 10) участия Застрахованного в различных мероприятиях (соревнованиях, шоу-программах), выполнения трюков или тренировок, связанных с риском для жизни;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 10 из 24
--	--	--	---------------

8.2. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если страховые случаи, предусмотренные п. 3.1. Главы 3 Правил, наступили прямо или косвенно вследствие:


- 1) самоубийства Застрахованного, совершенного в течение первых двух лет действия Договора страхования;
- 2) алкоголизма Застрахованного, а также заболеваний, имеющих причинно-следственную связь с употреблением Застрахованным алкоголя;
- 3) полета Застрахованного на любых летательных аппаратах, за исключением полета на пассажирском/грузовом воздушном судне лицензированной авиакомпании;
- 4) онкологического заболевания или заболевания, связанного с возникновением у Застрахованного злокачественного новообразования (онкологическим заболеванием), если страховой случай наступил в течение первых двух лет действия Договора страхования;
- 5) заболевания Застрахованного ВИЧ-инфекцией (СПИД) или заболевания, связанного с ВИЧ-инфекцией (СПИД);
- 6) занятий Застрахованным профессиональным спортом или опасными видами спорта (зимние, подводные, конные, конные, силовые виды спорта, скалолазание, альпинизм, дельтапланеризм, парашютный спорт, силовые единоборства) либо тренировок такого типа, выполнения трюков, связанных с риском для жизни;
- 7) любых форм острых, хронических и/или наследственных заболеваний системы кровообращения, нервной систем, психических заболеваний, системных заболеваний, сахарного диабета и их осложнений, заболеваний печени и/или почек с хронической печеночной и/или почечной недостаточностью, варикозного расширения вен пищевода, любых онкологических заболеваний, гипогликемических состояний и тиреотоксикоза, туберкулеза, имевших место на момент заключения Договора страхования или установленных в течение первых 3 (трех) месяцев с даты начала срока действия Договора страхования, а также любого острого состояния/заболевания, возникшего на фоне сахарного диабета, имевшегося на момент приема на страхование, приведших к смерти Застрахованного;
- 8) любых форм острых, хронических и (или) наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией и (или) патологией в результате развития заболевания), грыж и (или) иных расстройств здоровья Застрахованного, приведших к установлению инвалидности или временной нетрудоспособности.

8.3. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если на момент наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.1. Главы 3 Правил:

- 1) Застрахованный находился в состоянии алкогольного (содержание этанола в крови 0,5 и более промилле), наркотического, токсического или иного опьянения, за исключением употребления лекарств, предписанных квалифицированным врачом медицинского учреждения;
- 2) Страхователь (Застрахованный) и (или) Выгодоприобретатель, совершили действия, имеющие признаки или признанные умышленными административными или уголовными преступлениями.

8.4. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть следующее:

- 1) не предоставление Страховщику документов, подтверждающих причину смерти Застрахованного, и (или) не установление причины смерти Застрахованного, в том числе отказ от проведения патологоанатомического вскрытия на основании письменного

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 11 из 24
--	--	--	---------------

заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни, за исключением случаев, когда в судебном порядке установлен факт смерти Застрахованного лица (судом Застрахованный признан умершим);

2) неуведомления Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая;

3) если несчастный случай с Застрахованным произошел в период, когда страховая защита по Договору страхования не действовала.

4) если при заключении договора страхования Застрахованный скрыл сведения, предусмотренные в пункте 4.6. Правил, независимо от причин наступления страхового случая;

8.5. Заключение Договора страхования с лицом, указанным в пункте 4.6. Правил, не влечет за собой обязательств Страховщика в части предоставления страховой защиты и осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая в отношении такого лица и является основанием для отказа Страховщиком в осуществлении страховой выплаты.

8.6. Помимо исключений, указанных в настоящей Главе, основанием для освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты является установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы или временной нетрудоспособности Застрахованного вследствие любого острого или хронического заболевания и (или) иного расстройства здоровья Застрахованного, не связанного с наступлением несчастного случая.

8.7. Договором страхования не покрываются:

1) расходы на ведение дел, связанных со страховым случаем и с его доказыванием в уполномоченных органах (расходы на ксерокопии, нотариальное заверение, экспертизу, оплату услуг адвоката, представителя, переводчика и т.д.);

2) расходы Застрахованного в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья, не предусмотренных Медицинской программой страхования (Приложение № 1 к Правилам), или в результате обращения за получением медицинских дистанционных услуг (телемедицина) в период, когда страховая защита по Договору страхования не действовала.

3) моральный вред и упущенная выгода Страхователя.

Глава 9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ


9.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Страхователь/Застрахованный/Выгодоприобретатель обязан письменно уведомить Страховщика в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты наступления страхового случая.

9.2. Страховщик обязан незамедлительно зарегистрировать уведомление о страховом случае и предоставить заявителю:

1) форму заявления о страховой выплате вместе с информацией о том, как выполнить условия Договора страхования и требования Страховщика;

2) список документов на осуществление страховой выплаты.

9.3. При наступлении страхового случая «установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 12 из 24
--	--	--	---------------

действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» Застрахованный обязан:

1) по требованию Страховщика дать письменное согласие Страховщику либо врачам, медицинским учреждениям и иным лицам о выдаче Страховщику по его запросу необходимых для расследования обстоятельств наступления страхового случая документов;

2) предоставлять Страховщику справку об установлении (присвоении) Застрахованному инвалидности после освидетельствования (переосвидетельствования) Застрахованного.

9.4. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель обязаны содействовать Страховщику в расследовании обстоятельств страхового случая, а также предоставлять Страховщику достоверную информацию и необходимые документы касательно страхового риска, страхового случая и его последствий в течение всего срока действия Договора страхования.

9.5. При наступлении страхового случая «заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного, наступившие в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» Застрахованный обращается в Сервис с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени. Доступ к Сервису предоставляется Застрахованному с момента начала страховой защиты по Договору страхования.

Объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) определены Медицинской программой страхования, которая является неотъемлемой частью Правил (Приложение № 1 к Правилам).

Глава 10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. При наступлении страхового случая «смерть Застрахованного, наступившая в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» Страховщику должны быть представлены заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателей) с приложением следующих документов:

1) копии свидетельства о смерти Застрахованного или уведомление о государственной регистрации смерти eGov.kz;


2) копии медицинского/врачебного свидетельства о смерти Застрахованного (с указанием причины смерти);

3) документа соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела), решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними;

4) выписку из истории болезни или амбулаторной карты, заверенную подписью уполномоченного лица и печатью медицинского учреждения;

5) копии заключения патологоанатомической (судебно-медицинской) экспертизы о причинах смерти (если такая экспертиза проводилась);

6) копии Договора займа с графиком погашения по Договору займа;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 13 из 24
--	--	--	---------------

7) если Выгодоприобретателями являются наследники Застрахованного – документы, подтверждающие их право на получение страховой выплаты, а именно: оригинал или нотариально удостоверенная копия свидетельства о праве на наследство, удостоверение личности Выгодоприобретателя в электронной форме либо копия, сверенная с оригиналом.


10.2. При наступлении страхового случая «установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами» Страховщику должны быть предоставлены заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателя) с приложением следующих документов:

- 1) удостоверение личности Выгодоприобретателя в электронной форме либо копия, сверенная с оригиналом;
- 2) копии справки уполномоченного органа об установлении Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы;
- 3) копии заключения врачебно-консультационной комиссии с указанием диагноза, установленного Застрахованному, приведшего к установлению Застрахованному инвалидности;
- 4) копии выписки из социальной части индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- 5) выписку из истории болезни или амбулаторной карты, заверенную подписью уполномоченного лица и печатью медицинского учреждения;
- б) документ соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела, решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними.

10.3. При наступлении страхового случая: «временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Договору страхования, за исключением случаев, предусмотренных Правилами», Страховщику должны быть предоставлены заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателя) с приложением следующих документов:

- 1) документы, подтверждающие факт наступления несчастного случая (справка из травматологического пункта или её копия, заверенная печатью медицинского учреждения, выписка из медицинской карты (истории болезней), выданная медицинским учреждением и заверенная подписью врача и печатью этого учреждения; рентген-снимок либо иной снимок (УЗИ/ МРТ/ КТ), заключение инструментального метода обследования (заключение рентгенолога либо протокол УЗИ/ МРТ/ КТ), заверенный печатью медицинского учреждения и подписью врача, результаты иных обследований, подтверждающих диагноз;
- 2) оригинал листа временной нетрудоспособности (справки временной нетрудоспособности) либо нотариально заверенная копия.

10.4. Страховщик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить заявителя о недостающих документах для осуществления страховой выплаты. Предоставить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) информацию о предельном сроке рассмотрения

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 14 из 24
--	--	--	---------------

документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.

10.5. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов или мотивированно запросить у заявителя дополнительные документы, если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным установление факта наступления страхового случая.

10.6. Если по факту страхового случая возбуждено уголовное дело, то Страховщик имеет право отложить осуществление страховой выплаты до принятия решения уполномоченным органом, о чем уведомляет в письменной форме заявителя.

10.7. Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть предоставлены Страховщику на казахском или русском языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на казахский или русский языки.

Глава II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик имеет право:


- 1) на документальное подтверждение наступления страхового случая;
- 2) на досрочное расторжение Договора страхования в случае неисполнения Страхователем своих обязанностей в случаях, предусмотренных Правилами;
- 3) с момента уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, в период действия Договора страхования потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Если Страхователь возражает против такого изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования. При этом Договор страхования считается расторгнутым по истечении месяца со дня направления уведомления;
- 4) запросить документы, подтверждающие платежеспособность Страхователя;
- 5) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным /Выгодоприобретателем) информацию, имеющую отношение к страхованию и страховому случаю по Договору страхования и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, о чем письменно уведомляется заявитель;
- 6) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе запрашивать у соответствующих организаций, исходя из их компетенции, документы, имеющие отношение к страховому случаю или подтверждающие факт наступления страхового случая.

11.2. Страхователь имеет право:

- 1) на своевременное получение Договора страхования;
- 2) на тайну страхования;
- 3) на своевременное осуществление страховой выплаты Выгодоприобретателю;
- 4) на получение пени за просрочку страховой выплаты (пени начисляется за каждый день просрочки в размере ставки рефинансирования, установленного Национальным Банком Республики Казахстан на день уплаты пени);
- 5) ознакомиться с Правилами и получить их копию по требованию.

11.3. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;
- 3) обеспечить тайну страхования;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 15 из 24
--	--	--	---------------

4) не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан;

5) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку;

6) предоставить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) информацию о предельном сроке рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.

11.4. Страхователь обязан:

1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Правилами и Договором страхования;

2) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки вероятности наступления страхового случая, в соответствии с заявлением на страхование и вопросником, а также направленные по запросу Страховщика, при этом незамедлительно сообщать обо всех фактах, способных увеличить страховой риск после заключения Договора страхования;

3) письменно уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления;

4) при изменении места нахождения или местожительства Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя в десятидневный срок сообщить их адрес Страховщику. В противном случае любое уведомление Страховщика, направленное по адресу предыдущего местонахождения или местожительства, будет считаться сторонами выполненным (действительным);

5) если местонахождение или местожительство Страхователя, или Застрахованного находится за пределами Республики Казахстан, указать Страховщику доверенное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю или Застрахованному;

6) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку.

Глава 12. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Возврат страховой премии при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

12.2. Договор страхования прекращается в следующих случаях:


1) по истечении срока действия Договора страхования;

2) осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в пределах установленной по Договору страхования страховой суммы;

3) осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) по первому наступившему страховому случаю, предусмотренному пунктом 3.1. Главы 3 Правил;

4) в случаях досрочного прекращения в соответствии с требованиями статьи 841, 842 ГК РК;

5) расторжения Договора страхования по инициативе одной из сторон или по соглашению сторон.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 16 из 24
--	--	--	---------------

12.3. Договор страхования может быть досрочно расторгнут до истечения срока его действия по инициативе одной из сторон Договора страхования:

- 1) по заявлению Страхователя – в любое время;
- 2) по требованию Страховщика – в связи с неисполнением Страхователем своих обязанностей по Договору страхования.

В обоих случаях уплаченная Страхователем страховая премия не подлежит возврату.

12.4. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

12.5. При отказе Страхователя от Договора страхования (пункт 2 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан), если это не связано с обстоятельствами, указанными в части первой пункта 1 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, в частях второй и третьей пункта 2 статьи 842 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, уплаченные страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

12.6. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования, связанного с договором займа, по причине исполнения им (заемщиком) обязательств перед займодателем по договору займа, Страховщик обязан возвратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов). Применительно к настоящему пункту расчет страховой премии, подлежащий возврату Страхователю производится с даты досрочного погашения займа, о чем Страхователь должен незамедлительно (в день погашения займа, но не позднее даты окончания срока действия Договора страхования) уведомить Страховщика.

Иные основания для расторжения Договора страхования, а также порядок его осуществления, предусмотрены Правилами и законодательством Республики Казахстан.

Глава 13. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Все изменения и дополнения в Договор страхования вносятся в порядке, предусмотренном Правилами и в соответствии с законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон путем подписания сторонами дополнительного соглашения.


13.2. Формы заявлений и уведомлений, используемые при изменении сведений и переоформлении Договора страхования, досрочном расторжении Договора страхования, наступлении страхового случая, получении страховой выплаты и возврате страховой премии размещены на корпоративном сайте Страховщика (<https://www.nomadlife.kz/> в разделе «Индивидуальное страхование», подраздел «Заемщикам кредита»).

13.3. Все споры, возникающие в период действия Договора страхования, решаются путем переговоров.

13.4. При наличии спора, возникающего из Договора страхования Страхователь (Застрахованный/ Выгодоприобретатель) вправе обратиться к Страховому омбудсману с заявлением об урегулировании спора.


13.5. В случае не достижения соглашения сторонами споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

13.6. Если в результате изменения законодательства Республики Казахстан отдельные

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 17 из 24
--	--	--	---------------

положения Правил вступают в противоречие с законодательством Республики Казахстан, эти положения автоматически утрачивают силу без соответствующих изменений в Правила.

Если одно из положений Правил становится недействительным, то это не затрагивает действия остальных положений Правил. Недействительное положение заменяется юридически допустимым и регулирующим соответствующее отношение.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 18 из 24
--	--	--	---------------

**Приложение №1 к Правилам
добровольного страхования жизни с
телемедициной, утверждённых
решением Совета директоров №
260226/1 от 26.02.2026 г.**

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

Настоящая Медицинская программа страхования (далее – Программа) определяет объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина).

Термины и определения:


Ассистанс – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционные медицинские услуги (телемедицина), предусмотренные договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи;

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий;

Сервис «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Dariger online» (далее - Сервис) - онлайн-сервис/платформа, правообладателем которой является Ассистанс, для предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг (телемедицина) врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта darigeronline.kz и/или приложений для мобильных устройств "Dariger Online" из AppStore или Play Market. Ассистанс обеспечивает техническое и административное обслуживание Сервиса;

Медицинская программа страхования – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) в рамках договора страхования;

Медицинская организация - юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее договор с Ассистансом и оказывающее услуги Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 19 из 24
--	--	--	---------------

медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельности применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации;

Врач - специалист с зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист), осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса;

Медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного.


Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) с использованием Сервиса через сайт <https://darigeronline.kz/> Ассистанса или через мобильное приложение «Dariger online», которое доступно для скачивания в AppStore, PlayMarket и через ссылку на сайте. Вход осуществляется через логин и пароль, который Застрахованный получит в смс-сообщении.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами на Сайте или через мобильное приложение, а также по стационарному телефону. Информация о Врачах, предоставляющих медицинские услуги, их профессиональном образовании, квалификации, месте работы и пр., размещены на Сайте и в мобильном приложении Ассистанса. Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) доступны круглосуточно, 7 (семь) дней в неделю, включая выходные и праздничные дни в период действия Страхового полиса, без ограничения по количеству обращений.

В медицинскую программу страхования входят следующие дистанционные медицинские услуги (телемедицина):

- срочные онлайн- консультации дежурного врача-терапевта/педиатра;
- плановые онлайн-консультации врача-терапевта/педиатра по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильного врача-консультанта;
- онлайн консультации с профильными врачами по ранее поставленному диагнозу (второе мнение);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации;
- услуга «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам онлайн-консультаций в рамках Программы страхования, возможность загружать файлы.

Условия предоставления дистанционных медицинских услуг (телемедицина):

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 20 из 24
--	--	--	---------------

В открытом доступе на Сайте <https://darigeronline.kz> размещается информация о Медицинской организации и Врачах, предоставляющих дистанционные медицинские услуги (телемедицина) (их профессиональном образовании, квалификации и пр.) и другие необходимые сведения в соответствии с законодательством и обычаями делового оборота.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) состоят в предоставлении Застрахованному медицинской помощи в виде консультаций с применением телемедицинских технологий с использованием Сервиса в режиме реального времени, по вопросам, отнесенным к компетенции Врача.


Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

Застрахованный до начала оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) вправе предоставить Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, путем пересылки Врачу копии необходимых документов с использованием Личного кабинета. Необходимая медицинская информация – это информация медицинского характера, которая необходима Медицинской организации для того, чтобы должным образом оказать дистанционные медицинские услуги (телемедицина): медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованные могут предоставить. Изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

При оказании дистанционных медицинских услуг (телемедицина), в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Медицинская организация в лице Врача информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

По итогам оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) Медицинской организацией составляется Медицинское заключение. Медицинское заключение – документ в электронном виде, составленный Врачом по итогам оказания Услуги с применением цифровых технологий, направленный Пациенту посредством Сервиса, либо ссылка на который предоставлена Пациенту в его Личном кабинете, содержащий результаты медицинской консультации без постановки, корректировки диагноза и назначения лечения.

Услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Застрахованным, если в течение 7 (семи) календарных дней с момента их оказания Застрахованный не предъявит претензии к качеству дистанционных медицинских услуг (телемедицина).

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 21 из 24
--	--	--	---------------

Порядок оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина):

Застрахованный, прежде чем запросить получение дистанционных медицинских услуг (телемедицина), должен пройти процесс предварительной регистрации/активации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Däriger Online»). При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на сбор и обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Медицинской организации, оказывающей дистанционные медицинские услуги (телемедицина).

Правила регистрации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн»:

Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям. Для получения дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует нижеуказанным требованиям.

При использовании персонального компьютера:

подключенная к компьютеру видеочамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);

к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания Услуг с использованием видео- или аудиосвязи);

операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;

Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;

скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;

мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;

любой мобильный телефон, если Застрахованный будет обращаться для оказания Услуг не через сеть Интернет.


Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

Для получения Услуги через Сайт следует:

Перейти на сайт <https://darigeronline.kz>

Указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав ФИО и дату рождения для идентификации системой;

Выбрать Врача и получить Услугу (консультацию);

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 22 из 24
--	--	--	---------------

Если необходима консультация дежурного Врача (врач-педиатр, врач-терапевт), то необходимо оставаться в личном кабинете до вызова со стороны Врача;

Если необходима плановая консультация узкопрофильного врача-специалиста (Врача, не являющегося дежурным), то необходимо зайти в Личный кабинет в назначенное время и ответить на вызов со стороны Врача;

Перед консультацией необходимо проверить работоспособность камеры, динамика, микрофона в Личном кабинете разделе «Личные данные/ Проверка».

Для получения Услуги через мобильное приложение следует:

Скачать мобильное приложение «Даригер Онлайн»;

Зарегистрироваться указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав Ф.И.О. и дату рождения для идентификации системой;

Предоставить по запросу приложения разрешения на доступ к камере, динамику, микрофону;

Выбрать Врача и получить консультацию.

В случае, если Застрахованный вправе получить дистанционные медицинские услуги (телемедицина), но не будет идентифицирован Сервисом и для них в личном кабинете стоимость медицинских консультаций в соответствии с действующим ценовым листом для физических лиц будет составлять не 0 (ноль) тенге, то для идентификации Застрахованного необходимо обратиться в Службу поддержки по телефону, указанному на сайте www.darigeronline.kz


Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Медицинская организация не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным Услуг, возникшую из-за оборудования, либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного.

После регистрации на Сайте или в мобильном приложении Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на Сайте или в мобильном приложении, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание дистанционных медицинских услуг (телемедицина), связываться с дежурным Врачом.

Консультация с Врачом (консультантом).

Для получения предусмотренных Программой дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо выполнить следующие действия:

Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта или зайти в мобильное приложение «Даригер Онлайн», выбрать необходимого Врача и нажать на кнопку «Получить консультацию» или «Записаться на прием». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера Застрахованного с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи»/разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 23 из 24
--	--	--	---------------

При выборе дежурного Врача (врач-терапевт, врач-педиатр) в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Начать».

Дождаться, когда дежурный Врач (врач-терапевт, врач-педиатр) свяжется с Пациентом/Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Пациентом/Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (врач-терапевт, врач-педиатр) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

Когда Врач будет связываться с Пациентом/Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

При выборе Врача-специалиста (консультанта), доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».


После того, как запись на консультацию Врача-специалиста создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

В назначенное для консультации с Врачом-специалистом время необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач-специалист свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача-специалиста с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается и дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной.


В случае, если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина), он обязан уведомить об этом Медицинскую организацию по контактными данным, указанным на Сайте, либо через «Личный кабинет», до начала оказания срочной консультации и не позднее чем за 24 часа в случае консультации по записи. В случае несоблюдения предусмотренного порядка дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной.

Никакие претензии Застрахованного относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если Застрахованный не направит запрос на оказание Услуг или не будет находиться в Системе (онлайн) после направления запроса.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 3: 26.02.2026 г. Введено в действие: 26.02.2026 г. Взамен издания 2: 12.02.2026 г.	Стр. 24 из 24
--	--	--	---------------

По итогам консультации Врач пишет медицинское заключение и направляет его Застрахованному через Сервис.

Не признаются страховым случаем расходы Застрахованного в результате обращения за получением дистанционных медицинских услуг (телемедицина), не предусмотренных настоящей Программой.


	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 1 -23- дан
--	---	--	-------------------

БЕКІТІЛДІ
«Nomad Life» ӨСК» АҚ
ДИРЕКТОРЛАР КЕҢЕСІНІҢ
2026 ЖЫЛҒЫ «26» ақпандағы
№260226/1 хаттамасы

Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері

Пр-ДКС-04

Алматы қ., 2026 жыл

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 2 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

1-тарау. ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР

1.1. Осы телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (бұдан әрі – Ережелер) Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексіне (бұдан әрі – ҚР АҚ), «Сақтандыру қызметі туралы» Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) және Қазақстан Республикасының басқа да нормативтік құқықтық актілеріне сәйкес әзірленді және сақтандыру шартын жасасудың үлгілік талаптарын қамтиды.

1.2. Ережелер банктердің және өзге де кредиттік ұйымдардың қарыз алушыларының ауырған және жазатайым оқиғалардан өмірін сақтандыруды жүзеге асырудың тәртібі мен шарттарын айқындайды.

1.3. Сақтандыру шартын жасасу кезінде осы сақтандыру шарты сақтанушы Ережелердің 5.4-тармағына сәйкес сақтанушы сақтандыру сыйлықақысын төлеген күннен бастап сақтандырушы ұсынған шарттарда жасасқан болып есептеледі.

2-тарау. ОСЫ ЕРЕЖЕЛЕРДЕ ПАЙДАЛАНЫЛАТЫН НЕГІЗГІ ҰҒЫМДАР

2.1. Ережелерде келесі негізгі ұғымдар қолданылады:

1) **сақтандырушы** – сақтандыруды жүзеге асыратын, яғни сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтанушыға немесе пайдасына сақтандыру шарты жасалған өзге тұлғаға (пайда алушыға) сақтандыру шартында белгіленген сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру төлемін жүргізуге міндетті тұлға.

Ережеге қатысты сақтандырушы - "Nomad Life "Өмірді сақтандыру компаниясы" акционерлік қоғамы.

2) **кредиттік ұйым** – банк, банк операцияларының жекелеген түрлерін жүзеге асыратын ұйым – қарыздарды ақшалай нысанда беруге уәкілетті мемлекеттік органның лицензиясы бар не Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес кредиттер беруге құқығы бар өзге де ұйым.

3) **Сақтанушы**-сақтандырушымен сақтандыру шартын жасасқан тұлға.


4) **сақтандырылушы** – өзіне қатысты сақтандыру жүзеге асырылатын жеке тұлға. Ережеге сәйкес банктің не онымен қарыз шартын жасасқан өзге де кредиттік ұйымның қарыз алушы – клиенті сақтандырылған болып табылады. Егер сақтандыру шартында өзгеше белгіленбесе, сақтанушының жасы сақтандыру қорғанысы қолданылу мерзімі өткеннен кейін 70 жылдан аспауға тиіс.

5) **пайда алушы** – сақтандыру шартына сәйкес сақтандыру төлемін алушы болып табылатын тұлға.

6) **қарыз шарты** – оған сәйкес бір Тарап (қарыз беруші) екінші Тарапқа (қарыз алушыға) ақша беретін немесе беруге міндеттенетін келісім, ал қарыз алушы Қарыз берушіге Қарыз шартында айқындалған мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде сыйақы төлей отырып, осындай соманы уақтылы қайтаруға міндеттенеді.

7) **сақтандыру шарты**-екі тараптың келісілген еркіне негізделген мәміле, оған сәйкес бір Тарап (Сақтанушы) сақтандыру сыйлықақысын төлеуге міндеттенеді, ал екінші Тарап (сақтандырушы) сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтанушыға немесе пайдасына шарт жасалған өзге тұлғаға (пайда алушыға) сақтандыру төлемін шартта айқындалған шекте жүзеге асыруға міндеттенеді сақтандыру сомасын сақтандыру.

8) **сақтандыру полисі**-Сақтанушының сақтандырушы біржақты тәртіппен әзірлеген сақтандыру ережелеріне (қосылу шарты) қосылуы және сақтандырушының сақтанушыға сақтандыру полисін ресімдеуі арқылы сақтандыру шартын жасасудың жазбаша нысаны.

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 3 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

9) **сақтандыру сомасы**-сақтандыру объектісі сақтандырылған және сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемін білдіретін ақша сомасы.

10) **сақтандыру сыйлықақысы**-сақтанушы сақтанушыға (пайда алушыға) сақтандыру шартында айқындалған мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде сақтандыру төлемін жүргізу міндеттемелерін қабылдағаны үшін сақтанушы сақтандырушыға төлеуге міндетті ақша сомасы.

11) **сақтандыру төлемі** – сақтандыру шартында айқындалған сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандырушы сақтанушыға (пайда алушыға) сақтандыру сомасы шегінде төлейтін ақша сомасы.

12) **сақтандыру жағдайы**-басталуымен сақтандыру шарты сақтандыру төлемін жүзеге асыруды көздейтін оқиға.

13) **жазатайым оқиға** – сақтандырылушының денесіне сыртқы механикалық, электрлік, химиялық немесе термиялық әсер ету салдарынан адамның еркіне қайшы келетін, денсаулығына зиян келтіруге, мертігуге не өлімге әкеп соққан кенеттен, қысқа мерзімді оқиға (оқиға).

Жазатайым оқиға деп сақтанушының денсаулығына зиян келтіруге, мертігуге немесе өліміне әкеп соққан сақтанушыға қатысты үшінші тұлғалардың құқыққа қайшы әрекеті де түсініледі.

Жіті, созылмалы және тұқым қуалайтын аурулардың кез келген түрі (оның ішінде инфаркт, инсульт және аурудың дамуы салдарынан тұқым қуалайтын патологиядан немесе патологиядан туындаған органдардың өзге де кенеттен зақымдануы) жазатайым оқиғаларға жатпайды.


14) **мүгедектік**- халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті мемлекеттік орган белгілейтін, дене функцияларының тұрақты бұзылуымен денсаулықтың бұзылуы салдарынан адамның тыныс-тіршілігінің шектелу дәрежесі.

15) **сақтандыру объектісі** – сақтандырылушының (қарыз алушының) жазатайым оқиға салдарынан оның өмірі мен денсаулығына зиян келтіруге байланысты, сондай-ақ ауруға немесе денсаулығының өзге де бұзылуына байланысты заңнамаға қайшы келмейтін мүлдіктік мүдделері сақтандыру объектісі болып табылады.

16) **Ассистанс** – сақтандырушымен жасалған шарт негізінде сақтандырушының атынан сақтандыру шартында және сақтандырудың медициналық бағдарламасында көзделген қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетуді ұйымдастыруды, үйлестіруді, есепке алуды және бақылауды, сондай-ақ көрсетілетін медициналық көмектің тиісті сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асыруға міндеттеме алатын заңды тұлға.

17) **қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер (телемедицина)** – ауруларды және жарақаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және профилактикасы мақсатында медициналық қызметтер көрсету, медицина қызметкерлерінің бір-бірімен, Сақтандырылушылармен қашықтықтан өзара іс-қимылын, аталған адамдарды сәйкестендіруді, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттауды қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалаулар жүргізу.

18) **Сервис**- дербес компьютерді және (немесе) мобильді құрылғыны пайдалана отырып, мобильді құрылғыларға арналған сайт пен қосымшаның көмегімен нақты уақыт режимінде медициналық ұйымдардың дәрігерлері сақтандырылушыларға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуге арналған онлайн-сервис/платформа.

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 4 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

19) **сақтандырудың медициналық бағдарламасы** – сақтандыру шарты мен ережелері шеңберінде сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетудің тізбесі мен тәртібі.

20) **медициналық ұйым**-Қазақстан Республикасының немесе өзге мемлекеттердің қолданыстағы заңнамасына сәйкес медициналық қызметтің қажетті түрлерін жүзеге асыруға қажетті лицензиялары мен өзге де рұқсаттары бар, Ассистанспен шарт жасасқан және сақтандырылушыға қызметтер көрсететін заңды тұлға. Медициналық ұйымдар Ассистанстың медициналық желісін құрайды. Өзге мемлекеттердің аумағында тіркелген медициналық ұйымдарға медициналық қызметті жүзеге асыру үшін тіркеу елінің тиісті заңнамалық талаптары қолданылады.

21) **дәрігер** - жоғары медициналық білімі тіркелген, тиісті мамандық бойынша маман сертификаты бар (педиатр, терапевт немесе тар бейінді маман), тиісті медициналық ұйымның құрамында медициналық қызметті жүзеге асыратын және сервисті пайдалана отырып сақтандырылушыға медициналық көмек көрсететін маман.

22) **медициналық көмек**-сақтандырылушының денсаулығын сақтауға, қолдауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер кешені.

23) **ауру**-функционалдық және / немесе морфологиялық өзгерістерге байланысты сақтандырылған адамның ағзаларының немесе жүйелерінің қалыпты тыныс-тіршілігінің бұзылуы.

3-тарау. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ТІЗБЕСІ

3.1. Сақтандыру жағдайларының тізбесі сақтандыру шартымен айқындалады. Ережелерге сәйкес сақтандыру шарты келесі негізгі сақтандыру жағдайларын қамтуы мүмкін:

- 1) Ережелерде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының қайтыс болуы;
- 2) Ережелерде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандырылушыға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті белгілеу.


3.2. Сақтандыру шарты келесі қосымша сақтандыру жағдайларын қамтуы мүмкін:

- 1) Ережелерде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының ауруы немесе денсаулығының өзге де бұзылуы;
- 2) Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан сақтандырылушының уақытша еңбекке жарамсыздығы.

3.3. Осы тараудың 3.1-тармағында және 3.2-тармағында көрсетілген және тікелей сақтандырылушының қайтыс болуына, сақтандырылушының 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектігін белгілеуіне, сақтандырылушының уақытша еңбекке жарамсыздығын белгілеуіне әкеп соқтырған оқиға сақтандыру шарты қолданылу кезеңінде болған жағдайда ғана сақтандыру жағдайы деп танылады.

4-тарау. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫН ЖАСАСУ ТӘРТІБІ

4.1. Сақтандыру шарты ережелерге сәйкес жазбаша нысанда жасалады.

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 5 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

4.2. Сақтандыру шарты сақтанушыны сақтандырушы біржақты тәртіппен (қосылу шарты) әзірлеген Ережелерге қосу және сақтандырушы сақтанушыға сақтандыру полисін ресімдеу жолымен жасалады.

Сақтандыру шарты жасалады:

- 1) қағаз жеткізгіште – Сақтанушы қол қойған өтініш негізінде;
- 2) электрондық нысанда сақтанушы мен сақтандырушы арасында электрондық ақпараттық ресурстармен алмасу арқылы сақтандыру полисі серіктестің және (немесе) Сақтандырушының интернет-ресурсында қалыптастырылады. Электрондық нысанда сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтандыру полисі Сақтанушы толтырған электрондық нысанда сақтандыруға өтініш негізінде ресімделеді, оның ішінде:
 - Сақтанушының дербес деректерді жинауға және өңдеуге келісімі;
 - Ережелердің шарттарымен, оның ішінде сақтандыру полисі бойынша сақтандыру сыйлықақысының сомасымен танысу туралы келісім;
 - сақтанушының сақтандыру шартын жасасу қажеттілігіне байланысты, сондай-ақ сақтандыру оқиғалары және/немесе сақтандыру жағдайлары басталған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыру не жүзеге асырудан бас тарту туралы шешім қабылдау үшін үшінші тұлғалардың ақпарат беруіне келісімі.

Егер сақтандырылушы Сақтанушы болып табылмаса, онда сақтандыру шарты сақтанушының, сақтандырылушының және пайда алушының жеке басын куәландыратын құжатты қоса бере отырып, сақтанушы сақтандырушыға Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша берген сақтандыру өтінішінің негізінде сақтандырылушының келісімімен жасалады. Бұл жағдайда сақтандыру шартын электрондық тәсілмен ресімдеуге болмайды.


4.3. Сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтанушы сақтандыру жағдайының туындау ықтималдығын айқындау үшін өзіне белгілі, елеулі мәні бар мәліметтерді сақтандыру туралы өтініште хабарлауға міндетті. Сақтандыру өтінішінде нақты көрсетілген мәліметтер Елеулі деп танылады.

4.4. Егер сақтандыру шартын жасасқаннан кейін Сақтанушы (сақтандырылушы) сақтандырушыға Ережелердің 4.3-тармағында көрсетілген мән-жайлар туралы көрінеу жалған мәліметтерді хабарлағаны анықталса, сақтандырушы сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы.

4.5. Егер сақтандыру шарты сақтанушының (сақтандырылушының) Сақтандырушының қандай да бір сұрақтарына жауаптары болмаған кезде жасалған болса, соңғысы тиісті мән-жайларды Сақтанушы (сақтандырылушы) хабарламағаны негізінде кейіннен сақтандыру шартын бұзуды не оны жарамсыз деп тануды талап ете алмайды.

4.6. Сақтандыру шарты: түзеу-еңбек мекемелерінде қылмыстық құқық бұзушылықтар жасағаны үшін жазасын өтеп жатқан террористердің және (немесе) ФРОМУ-дың (Жаппай Қырып-Жою Қаруын Таратуды Қаржыландыру) тізбесінде көрсетілген адамдармен, ТҚҚО-дағы және (немесе) тергеудегі адамдармен, жүйелі, психикасының бұзылуынан және мінез-құлқының бұзылуынан, онкологиялық, ауыр неврологиялық бұзылулардан зардап шегетін мүгедектігі бар адамдармен жасалмайды АИТВ-инфекциясын тасымалдаушы болып табылатын қан айналымы жүйесінің аурулары немесе аурулары, қант диабеті, ЖИТС, сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде 70 (жетпіс) жасқа толған немесе жасы 70 (жетпіс) жасқа жеткен.

Егер сақтандыру шарты жасалғаннан кейін сақтандыру шарты осы тармақта көрсетілген тұлғамен жасалғаны анықталса, сақтандырушы сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы.

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 6 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

Сақтандырылушы террористер тізбесімен және (немесе) ФРОМУ-мен сәйкес келген кезде сақтандыру сыйлықақылары қайтарылмайды.

4.7. Сақтандыру шарты күшіне енгеннен кейін сақтандыруға өтініш, сақтандыру шартына қосымшалар (бар болса) және Ережелерде көрсетілген өзге де құжаттар сақтандыру шартының ажырамас бөлігі болып табылады

5-тарау. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫЛУ МЕРЗІМІ МЕН ОРНЫ

5.1. Сақтандыру шарты сақтандыру шартында белгіленген күннен бастап күшіне енеді және тараптар үшін міндетті болады. Сақтандыру шартының қолданылу мерзімі және сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы мерзімі шартта көрсетіледі.

5.2. Сақтандыру шарты онда көрсетілген мерзім ішінде (сақтандырушы ресімдеген сақтандыру полисінде) қолданылады және 5.3 Ережелердің 3-тарауының 3.1-тармағында көзделген бірінші сақтандыру жағдайы басталған кезде өзінің қолданысын тоқтатады. Сақтандыру шарты бойынша сақтандырылушыға мүгедектік белгіленген кезде сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға және сақтандырылушының осы жағдайға байланысты барлық қайта куәландырылуы нәтижесінде сақтандырылушыға 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті бастапқы белгілеу танылады.

5.3. Сақтандыру шарты Қазақстан Республикасының аумағында да, одан тыс жерлерде де қолданылуы мүмкін, атап айтқанда:

- келесі аумақтарды қоспағанда, бүкіл әлем:
- шегінде әскери іс-қимылдар, террористік актілер және (немесе) терроризмге қарсы операциялар жүргізілетін мемлекеттердің аумақтары;
- әскери санкциялар қолданылған мемлекеттер;
- эпидемия ошақтары табылған және танылған аумақтар;

Қазақстан Республикасының СІМ ресми түрде ұсынбаған мемлекеттердің аумақтары.

5.4. Сақтандыру шартын жасасу күні сақтандыру шартында (сақтандырушы ресімдеген сақтандыру полисінде) көрсетілген күн болып табылады.


6-тарау. САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ ЖӘНЕ ОНЫ ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ

6.1. Сақтандыру сыйлықақысын сақтанушы Ережелермен және сақтандыру шартында көзделген шарттарда, Сақтанушы Ережелердің шарттарымен танысқаннан кейін төлейді.

6.2. Сақтандыру сыйлықақысы сақтандыру шартын жасасқан күннен кешіктірмей біржолғы төлеммен төленеді.

6.3. Сақтандыру сыйлықақысын төлегеннен кейін Сақтанушы сол арқылы растайды:

- Ереженің шарттарымен танысу және келісу;
- сақтандырушыға өзінің дербес деректеріне жататын мәліметтерді қамтитын ол туралы ақпаратты жинауға, өңдеуге және беруге, ақпарат беруші ақпарат беру туралы шарт жасасқан, мемлекет қатысатын деректер базасын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйымға өзінің келісімі;
- болашақта келіп түсетін деректерді қоса алғанда, мемлекет қатысатын деректер базасын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйымнан ол туралы сақтандыру есебін, оның ішінде өзінің дербес деректеріне жатқызылатын мәліметтерді беруге сақтандырушыға өзінің келісімі;
- сақтандыру шартын жасасу үшін ұсынылған мәліметтер сақтандыру полисінің ажырамас бөлігі болып табылатындығына өзінің келісімі және егер қандай да бір мәліметтер көрінеу

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 7 -23- дан
--	---	--	-------------------

жалған болса, Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқығы бар.

7-тарау. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДЫҢ МӨЛШЕРІ, ТӘРТІБІ МЕН ШАРТТАРЫ

7.1. Сақтандыру сомасының мөлшері сақтанушы сақтандырушыға берген сақтандыру өтінішінің негізінде айқындалады және сақтандыру шартында көрсетіледі.

7.2. Сақтандыру төлемінің мөлшері сақтандыру шарты бойынша сақтандыру сомасының мөлшерінен аспауға тиіс. Бұл ретте қарызды пайдаланғаны үшін сыйақы, өсімпұл, тұрақсыздық айыбы, қарыз шарты бойынша сақтандырылған тұлғаның төлемдерін төлемегені немесе уақтылы төлемегені үшін айыппұл сомалары сақтандыру төлемінің мөлшеріне енгізілмейді.

7.3. Сақтандыру шарты бойынша сақтандыру төлемдерінің жиынтық көлемі Сақтандыру шартында белгіленген сақтандыру сомасынан аспауға тиіс. Егер сақтандыру төлемінің (сақтандыру төлемдерінің) мөлшері Сақтандыру шартында белгіленген сақтандыру сомасының мөлшерінен асып кеткен жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру сомасы шегінде ғана жауапты болады және Сақтандыру шарты бойынша төлем сомасының сақтандыру сомасынан асып кетуі бөлігінде жауапкершіліктен босатылады.


7.4. Ереженің 8-тарауында көрсетілген шектеулерді ескере отырып, "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының қайтыс болуы" сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру төлемін сақтандырушы сақтандырылушының қайтыс болған күніне арналған қарыз шартында белгіленген негізгі борыш бойынша нақты берешек мөлшерінде бір рет пайда алушыға жүзеге асырады, бірақ Сақтанушының қайтыс болған күніне сақтандыру шартында белгіленген сақтандыру сомасының мөлшерінен жоғары.

7.5. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "Ережелерде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан сақтандырылған адамға 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті белгілеуді" сақтандыру төлемін сақтандырушы белгілі бір мерзімге пайда алушыға сақтандырылған адамға белгіленген мүгедектік мерзімі ішінде шотқа мерзімді төлемдер түрінде жүзеге асырады мөлшері мен төлеу тәртібі қарыз шарты бойынша төлемдер кестесіне сәйкес келетін негізгі борышты өтеу, Сақтандырылған тұлға мен кредиттік ұйым арасында жасалған, бірақ сақтандыру шартының қолданылу мерзімінен аспайды. Сақтандыру төлемдерінің жиынтық мөлшері мынадай мөлшерден аспауға тиіс:

– сақтандырылушыға 1 (бірінші) топтағы мүгедектік белгіленген жағдайда – сақтандыру сомасының 80% мөлшерінде, бірақ сақтандырылушының кредиттік ұйым алдындағы негізгі борышы бойынша мүгедектік белгіленген күнге нақты берешегінен аспайтын мөлшерде;

– сақтандырылушыға 2 (екінші) топтағы мүгедектік белгіленген жағдайда – сақтандыру сомасының 60% мөлшерінде, бірақ сақтандырылушының кредиттік ұйым алдындағы негізгі борышы бойынша мүгедектік белгіленген күнге нақты берешегінен аспайтын мөлшерде.

7.6. Сақтандырушы кез келген уақытта мерзімді төлемдер түріндегі сақтандыру төлемін жүзеге асыруды біржолғы сақтандыру төлеміне ауыстыруға құқылы, оның мөлшері 7.4-тармаққа сәйкес төленуге жататын сақтандыру төлемдерінің жиынтық мәніне сәйкес келеді. осы тарауда сақтандырылушыға белгіленген мүгедектік мерзімінен аспайтын мерзімге беріледі.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 8 -23- дан
--	---	--	-------------------

7.7. Сақтандырылушыға жазатайым оқиға салдарынан 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектік белгіленген жағдайда сақтандыру төлемін сақтандырушы пайда алушыға бір рет, 7.4-тармақта көрсетілген мөлшерде жүзеге асырады. сақтандырылушының кредиттік ұйым алдындағы негізгі борышы бойынша сақтандырылушының мүгедектігі белгіленген күнгі нақты берешегінің мөлшерінен аспайды.

7.8. Сақтандырылушы қайта куәландырылған жағдайда сақтандырушы осы тарауда белгіленген тәртіппен мүгедектіктің жаңа мерзімі ішінде сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды жалғастырады. Бұл ретте, бұрын төленген сомаларды ескере отырып, сақтандыру төлемінің мөлшері жиынтық түрде осы тараудың 7.4-тармағында көзделген сақтандыру төлемдерінің жиынтық мөлшерінен аспауға тиіс.

7.9. Сақтандырушы сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды тоқтатады, бұл туралы сақтандырылушы еңбекке қабілетті деп танылған жағдайда сақтандырылушы мен пайда алушыны хабардар етеді. Бұл жағдайда сақтандыру төлемі оны қоса алғанда, еңбекке қабілетті деп тану айы бойынша жүзеге асырылады. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының ауруы немесе денсаулығының өзге де бұзылуы" сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызметтер алу үшін сақтандыру шартында көрсетілген Ассистансқа (телемедицина) жүгінуге құқылы.


Бұл жағдайда сақтандыру төлемін сақтандырушы сақтандырылушыға Ассистанс сервисіне қол жеткізуді ұсыну және сақтандырылушыға медициналық сақтандыру бағдарламасында көзделген қашықтықтан медициналық қызметтерге (телемедицинаға) қол жеткізуді ұсынғаны үшін Ассистанс қызметтерінің құнын төлеу түрінде жүзеге асырады.

Сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетудің (телемедицина) көлемі, шарттары мен тәртібі Ережелердің ажырамас бөлігі болып табылатын медициналық сақтандыру бағдарламасымен айқындалған (№1 қосымша).

7.10. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан сақтандырылушының уақытша еңбекке жарамсыздығы, Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда" сақтандыру төлемін сақтандырушы сақтандырылушыға бір мезгілде 0,5 айлық есептік көрсеткіш мөлшерінде (бұдан әрі – Сақтандырылушының еңбекке уақытша жарамсыздығының 7 (жетінші) күнтізбелік күнінен бастап, бірақ күнтізбелік 30 (отыз) күннен аспайтын еңбекке уақытша жарамсыздықтың әрбір күнтізбелік күні үшін тиісті қаржы жылына белгіленген АЕК).

7.11. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін құжаттарды қараудың не сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту туралы шешім қабылдаудың шекті мерзімі барлық қажетті құжаттарды алған күннен бастап 15 (он бес) жұмыс күнінен аспайды. Егер сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы шешім белгіленген мерзімде қабылданбаса, ұсынылған құжаттарға қосымша ақпарат не мәліметтер талап етіледі, сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру мерзімдерін ұзарту қажеттілігінің себептерін түсіндіре отырып, сақтанушыны (сақтандырылушыны, пайда алушыны) хабардар етеді. Бұл ретте сақтандыру төлемі сақтандыру төлемін жүзеге асыруға арналған құжаттарды қараудың шекті мерзімі күнінен бастап 15 (он бес) жұмыс күнінен аспайтын мерзімде жүзеге асырылады.

Сақтандырылушы қайта куәландырылған кезде сақтандырылушының мүгедектік мерзімін ұзарту туралы анықтаманы қоса бере отырып, сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы өтінішті алған күннен бастап 10 (он) жұмыс күнінен кешіктірмей сақтандыру төлемін жүзеге асыруды жалғастыру немесе одан бас тарту туралы шешім қабылдайды.

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 9 -23- дан</p>
--	---	---	---------------------------

Сақтандырушы сақтандыру жағдайлары бойынша ақпаратты тексеруге және қажет болған жағдайда тиісті уәкілетті органдарға сұрау салулар жіберуге құқылы, бұл жағдайда сақтандыру төлемін жүзеге асыру не одан бас тарту туралы шешім қабылдау уәкілетті органның жауабын алғанға дейін тоқтатыла тұрады.


7.12. Сақтандыру төлемі пайда алушының банктік шотына ақша қаражатын аудару арқылы жүзеге асырылады.

7.13. Бас тарту туралы шешім сақтанушыға жазбаша нысанда бас тарту себептерін дәлелді негіздеумен және сақтанушының (сақтандырылушының, пайда алушының) сақтандыру төлемінің мөлшерімен келіспеген немесе сақтандыру төлемінен бас тартқан жағдайда сақтандырушыға өтініш беру құқығы туралы, сондай-ақ сақтандыру омбудсманына, уәкілетті органға және (немесе) сотқа өз құқықтарын қорғау үшін жүгінуге құқығы туралы хабарламамен хабарланады.

8-тарау. САҚТАНДЫРУШЫНЫ САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДАН БОСАТУ НЕГІЗДЕРІ

8.1. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы:

- 1) егер сақтандырылушымен болған оқиға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылмаған кезеңде орын алса;
- 2) сақтанушының сақтандырушыға сақтандыру объектісі сақтандыру тәуекелі сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы көрінеу жалған мәліметтерді, сондай-ақ Ережелерге сәйкес сақтандырушыға (растайтын құжаттар болған кезде) ұсынылуы тиіс өзге де мәліметтерді хабарлауы;
- 3) Сақтанушының (пайда алушының) сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу мән-жайларын тергеп-тексеруге кедергі жасауы;
- 4) эпидемия немесе пандемия деп жарияланған аурудың және онымен байланысты не оның аясында туындаған асқынулардың салдарынан сақтандырылушының қайтыс болуы;
- 5) ядролық жарылыстың, радиацияның немесе радиоактивті ластанудың әсері;
- 6) әскери іс-қимылдардың немесе әскери операциялардың, арнайы операциялардың және олардың салдарларының, зымырандармен, снарядтармен, бомбалармен, басқа да құралдармен, соғыс және жауынгерлік операцияларды жүргізу құралдарымен, қарақшылық іс-қимылдармен, шет мемлекеттің басып кіруімен, дұшпандық іс-қимылдарымен зақымдануының немесе жойылуының кез келген түрі (соғыс жарияланғанына немесе жарияланбағанына қарамастан);
- 7) азаматтық соғыс, кез-келген жаппай тәртіпсіздіктер немесе ереуілдер, көтеріліс, локауттар, әскери көтеріліс, революция, әскери басып алу немесе билікті басып алу;
- 8) қажетті қорғаныс және аса қажеттілік жағдайында жасалған іс-әрекеттерді қоспағанда, Сақтанушының (сақтандырылушының) және (немесе) пайда алушының сақтандыру жағдайының туындауына бағытталған не оның басталуына ықпал ететін қасақана іс-әрекеттері;
- 9) мақсаты ең жоғары жылдамдыққа қол жеткізу болып табылатын моторлы көлік құралының жүргізушісі, екінші жүргізушісі немесе жолаушысы ретінде жаттығу сапарларын қоса алғанда, жарыстарға, сынақтарға байланысты іс-шараларға сақтандырылушының қатысуы;
- 10) сақтандырылушының әртүрлі іс-шараларға (жарыстарға, шоу-бағдарламаларға) қатысуы, өмірге қауіп төндіретін трюктерді немесе жаттығуларды орындауы;

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 10 -23- дан
--	---	--	--------------------

8.2. Егер Ережелердің 3-тарауының 3.1-тармағында көзделген сақтандыру жағдайлары тікелей немесе жанама түрде туындаса, сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырудан босатылады:


- 1) сақтандыру шарты қолданысының алғашқы екі жылы ішінде жасалған сақтандырылушының өзін-өзі өлтіруі;
- 2) сақтандырылушының алкогольімі, сондай-ақ сақтандырылушының алкогольді тұтынуымен себеп-салдарлық байланысы бар аурулар;
- 3) лицензияланған авиакомпанияның жолаушылар/жүк әуе кемесінде ұшуды қоспағанда, сақтандырылушының кез келген ұшу аппараттарында ұшуы;
- 4) егер сақтандыру жағдайы сақтандыру шартының қолданылу мерзімінің алғашқы екі жылында орын алса, сақтандырылған адамның қатерлі ісігінің (онкологиялық аурудың) пайда болуымен байланысты онкологиялық ауру немесе ауру;
- 5) АИТВ-инфекциясымен (ЖИТС) сақтандырылған адамның аурулары немесе АИТВ-инфекциясымен (ЖИТС) байланысты аурулар;
- 6) сақтандырылған кәсіптік спортпен немесе қауіпті спорт түрлерімен (қысқы, су асты, ат спорты, ат спорты, күш спорты түрлері, альпинизм, альпинизм, дельтапланеризм, парашют спорты, күш жекпе-жегі) айналысуға не осы үлгідегі жаттығуларға, өмірге қауіп төндіретін трюктерді орындауға;
- 7) қан айналымы жүйесінің, жүйке жүйесінің жіті, созылмалы және/немесе тұқым қуалайтын ауруларының, психикалық аурулардың, жүйелік аурулардың, қант диабетінің және олардың асқынуларының, созылмалы бауыр және/немесе бүйрек жеткіліксіздігі бар бауыр және/немесе бүйрек ауруларының, өңештің варикозды кеңейуінің, кез келген онкологиялық аурулардың, гипогликемиялық жағдайлардың және тиреотоксикоздың, туберкулездің кез келген нысандары сақтандыру шартын жасасу сәтінде орын алған немесе сақтандыру шартының қолданылу мерзімі басталған күннен бастап алғашқы 3 (үш) ай ішінде белгіленген, сондай-ақ сақтандырылушының өліміне әкеп соқтырған сақтандыруға қабылдау кезінде болған қант диабеті аясында туындаған кез келген жіті жағдай / ауру;
- 8) жедел, созылмалы және (немесе) тұқым қуалайтын аурулардың кез келген нысандары (оның ішінде инфаркт, инсульт, аурудың дамуы салдарынан тұқым қуалайтын патологиядан және (немесе) патологиядан туындаған органдардың өзге де кенеттен зақымдануы), мүгедектіктің немесе уақытша еңбекке жарамсыздықтың белгіленуіне әкелген грыжалар және (немесе) сақтандырылушының денсаулығының өзге де бұзылулары.

8.3. Егер Ережелердің 3-тарауының 3.1-тармағында көзделген сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырудан босатылады:

- 1) медициналық мекеменің білікті дәрігері тағайындаған дәрі-дәрмектерді қолдануды қоспағанда, сақтандырылушы алкогольдік (қандағы этанолдың мөлшері 0,5 және одан да көп промилле), есірткілік, уытты немесе өзге де мас күйінде болған;
- 2) Сақтанушы (сақтандырылушы) және (немесе) пайда алушы белгілері бар немесе қасақана әкімшілік немесе қылмыстық қылмыстар деп танылған әрекеттерді жасаған.

8.4. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуы үшін мыналар негіз бола алады:

- 1) сақтандырушыға сақтандырылушының қайтыс болу себебін растайтын құжаттарды ұсынбауы және (немесе) сақтандырылушының қайтыс болу себебін белгілемей, оның ішінде жұбайының (зайыбының), жақын туыстарының немесе заңды өкілдерінің жазбаша өтініші не адамның тірі кезінде берген жазбаша ерік білдіруі негізінде патологиялық-анатомиялық ашып қарауды жүргізуден бас тартуы, сот тәртібімен сақтандырылған

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 11 -23- дан
--	---	--	--------------------

адамның қайтыс болу фактісі анықталды (сот сақтандырылған адамды қайтыс болды деп таныды);

2) егер Сақтандырушының сақтандыру жағдайының басталғаны туралы уақтылы білгені дәлелденбесе, Сақтандырушының сақтандыру жағдайының басталғаны туралы ол басталған күннен бастап күнтізбелік 60 (алпыс) күн ішінде хабардар етпеуі;

3) егер сақтандырылушымен жазатайым оқиға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылмаған кезеңде орын алса.

4) егер сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтанушы сақтандыру жағдайының басталу себептеріне қарамастан Ережелердің 4.6-тармағында көзделген мәліметтерді жасырса;

8.5. 4.6-тармақта көрсетілген тұлғамен сақтандыру шартын жасасу. Сақтандырушының осындай адамға қатысты сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру қорғанысын беру және сақтандыру төлемін жүзеге асыру бөлігіндегі міндеттемелеріне әкеп соқпайды және сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуы үшін негіз болып табылады.

8.6. Осы Тарауда көрсетілген ерекшеліктерден басқа сақтандырушыны сақтандыру төлемін жүзеге асырудан босату үшін сақтандырылушыға жазатайым оқиғаның басталуына байланысты емес кез келген өткір немесе созылмалы ауру және (немесе) сақтандырылушының денсаулығының өзге де бұзылуы салдарынан сақтандырылушының 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектігін немесе уақытша еңбекке жарамсыздығын белгілеу негіз болып табылады.

8.7. Сақтандыру шартымен қамтылмайды:

1) сақтандыру жағдайына және оны уәкілетті органдарда дәлелдеуге байланысты істерді жүргізуге арналған шығыстар (ксерокөшірмелерге, нотариаттық куәландыруға, сараптамаға, адвокаттың, өкілдің, аудармашының қызметтеріне ақы төлеуге және т. б. шығыстар);

2) сақтандырылушының медициналық сақтандыру бағдарламасында (Ережелерге № 1 қосымша) көзделмеген ауруға немесе денсаулығының өзге де бұзылуына байланысты немесе сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылмаған кезеңде медициналық қашықтықтан көрсетілетін қызметтерді (телемедицина) алуға өтініш жасау салдарынан шығыстары.

3) Сақтанушының моральдық зияны мен жоғалған пайдасы.

9-тарау. САҚТАНУШЫНЫҢ (САҚТАНДЫРЫЛУШЫНЫҢ / ПАЙДА АЛУШЫНЫҢ) САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ БАСТАЛҒАН КЕЗДЕГІ ІС-ӘРЕКЕТІ


9.1. Сақтандыру шартында көзделген сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтанушы/сақтандырылған / пайда алушы сақтандыру жағдайы басталған күннен бастап 60 (алпыс) күнтізбелік күн ішінде сақтандырушыны жазбаша хабардар етуге міндетті.

9.2 сақтандырушы сақтандыру жағдайы туралы хабарламаны дереу тіркеуге және өтініш берушіге ұсынуға міндетті:

1) сақтандыру шартының талаптарын және сақтандырушының талаптарын қалай орындау керектігі туралы ақпаратпен бірге сақтандыру төлемі туралы өтініш нысаны;

2) сақтандыру төлемін жүзеге асыруға арналған құжаттар тізімі.

9.3. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандырылушыға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті белгілеу" сақтандырылушы міндетті:

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 12 -23- дан
--	---	--	--------------------

1) Сақтандырушының талабы бойынша сақтандырушыға не дәрігерлерге, медициналық мекемелерге және өзге де адамдарға сақтандыру жағдайының туындау мән-жайларын тергеп-тексеру үшін қажетті құжаттарды оның сұратуы бойынша сақтандырушыға беру туралы жазбаша келісім беруге;

2) сақтандырылушыны куәландырғаннан (қайта куәландырғаннан) кейін сақтандырылушыға мүгедектікті белгілеу (беру) туралы анықтама беруге міндетті.

9.4. Сақтанушы, сақтандырылған және пайда алушы сақтандырушыға сақтандыру жағдайының мән-жайларын тергеуге жәрдемдесуге, сондай-ақ сақтандырушыға сақтандыру тәуекеліне, сақтандыру жағдайына және оның салдарына қатысты сақтандыру шартының бүкіл қолданылу мерзімі ішінде дұрыс ақпарат пен қажетті құжаттарды беруге міндетті.

9.5. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының ауруы немесе денсаулығының өзге де бұзылуы" сақтандырылушы нақты уақыт режимінде телемедициналық технологияларды қолдана отырып сервиске жүгінеді. Сервиске қолжетімділік сақтандырылушыға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы басталған сәттен бастап беріледі.

Сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетудің (телемедицина) көлемі, шарттары мен тәртібі Ережелердің ажырамас бөлігі болып табылатын медициналық сақтандыру бағдарламасымен айқындалған (Ережелерге № 1 қосымша).

10-тарау. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ БАСТАЛҒАНЫН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАРДЫҢ ТІЗБЕСІ

10.1. "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде басталған сақтандырылушының қайтыс болуы" сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандырушыға сақтандыру төлемі туралы өтініш (үй мекенжайын, пайда алушылардың байланыс телефондары мен банк деректемелерін көрсете отырып) мынадай құжаттарды қоса бере отырып ұсынылуға тиіс:

1) сақтандырылушының қайтыс болуы туралы куәліктің көшірмелері немесе eGov.kz өлімді мемлекеттік тіркеу туралы хабарлама;

2) сақтандырылушының қайтыс болуы туралы медициналық/дәрігерлік куәліктің көшірмелері (қайтыс болу себебін көрсете отырып);


3) құзыретіне жататын тиісті уәкілетті органның құжаты (қылмыстық және/немесе әкімшілік істі қозғау не қозғаудан бас тарту, қылмыстық және/немесе әкімшілік істі тоқтата тұру немесе тоқтату туралы қаулының көшірмесі), сот шешімі/үкімі, жұмыс беруші жасайтын іс жүргізудегі жазатайым оқиға туралы акт, өрт сөндіру қызметтерінің қорытындысы және т. б.) жазатайым оқиғаның басталу фактісін растау, туындаған салдарларды, сондай-ақ олардың арасындағы себеп-салдарлық байланысты нақтылау;

4) уәкілетті тұлғаның қолымен және медициналық мекеменің мөрімен расталған ауру тарихынан немесе амбулаториялық картадан үзінді көшірмені;

5) өлімнің себептері туралы патологиялық-анатомиялық (сот-медициналық) сараптама қорытындысының көшірмелері (егер мұндай сараптама жүргізілген болса);

6) қарыз шарты бойынша өтеу кестесі бар қарыз шартының көшірмелері;

7) егер сақтандырылушының мұрагерлері пайда алушылар болып табылса – олардың сақтандыру төлемін алу құқығын растайтын құжаттар, атап айтқанда: мұраға құқық туралы куәліктің түпнұсқасы немесе нотариат куәландырған көшірмесі, пайда алушының электрондық нысандағы жеке куәлігі не түпнұсқамен салыстырылған көшірмесі.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 13 -23- дан
--	---	--	--------------------

10.2. Сақтандыру жағдайы басталған кезде "сақтандырылушыға сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті белгілеу, Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда" сақтандырушыға сақтандыру төлемі туралы өтініш (пайда алушының үй мекенжайы, байланыс телефондары және банктік деректемелері көрсетіле отырып) берілуге тиіс) мынадай құжаттарды қоса бере отырып:


- 1) Пайда алушының электрондық нысандағы жеке куәлігі не түпнұсқамен салыстырып тексерілген көшірмесі;
- 2) уәкілетті органның сақтандырылушыға 1 (бірінші) немесе 2 (екінші) топтағы мүгедектікті белгілеу туралы анықтамасының көшірмелері;
- 3) сақтандырылушыға белгіленген, сақтандырылушының мүгедектігін анықтауға әкеп соққан диагнозды көрсете отырып, дәрігерлік-консультациялық комиссия қорытындысының көшірмелері;
- 4) мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігінен үзінді көшірмелер;
- 5) уәкілетті тұлғаның қолымен және медициналық мекеменің мөрімен расталған ауру тарихынан немесе амбулаториялық картадан үзінді көшірмені;
- 6) құзыретіне растау жататын тиісті уәкілетті органның құжаты (қылмыстық және/немесе әкімшілік істі қозғау не қозғаудан бас тарту, қылмыстық және/немесе әкімшілік істі тоқтата тұру немесе тоқтату туралы қаулының көшірмесі, соттың шешімі/үкімі, жұмыс беруші жасайтын іс жүргізудегі жазатайым оқиға туралы акт, өрт сөндіру қызметтерінің қорытындысы және т. б.) жазатайым оқиғаның басталу фактісі, туындаған салдарларды, сондай-ақ олардың арасындағы себеп-салдарлық байланысты нақтылау.

10.3. Сақтандыру жағдайы басталған кезде: "Ережеде көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтандыру шарты бойынша сақтандыру қорғанысы қолданылу кезеңінде болған жазатайым оқиға салдарынан сақтандырылушының уақытша еңбекке жарамсыздығы" сақтандырушыға сақтандыру төлемі туралы өтініш (пайда алушының үй мекенжайын, байланыс телефондарын және банктік деректемелерін көрсете отырып) мынадай құжаттарды қоса бере отырып ұсынылуға тиіс:

- 1) жазатайым оқиғаның басталу фактісін растайтын құжаттар (травматологиялық пункттен анықтама немесе оның медициналық мекеменің мөрімен куәландырылған көшірмесі, медициналық мекеме берген және дәрігердің қолымен және осы мекеменің мөрімен куәландырылған медициналық картадан (ауру тарихынан) үзінді; рентген-сурет не өзге де сурет (УДЗ/ МРТ/ КТ), аспаптық медициналық мекеменің мөрімен және дәрігердің қолымен расталған тексеру әдісі (рентгенологтың қорытындысы не УДЗ/ МРТ/ КТ хаттамасы), диагнозды растайтын өзге де тексерулердің нәтижелері;
- 2) еңбекке уақытша жарамсыздық парағының түпнұсқасы (еңбекке уақытша жарамсыздық анықтамасы) не нотариалды куәландырылған көшірмесі.

10.4. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін қажетті құжаттарды алған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде өтініш берушіні сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін жетіспейтін құжаттар туралы хабардар етуге міндетті. Сақтанушыға (сақтандырылушыға, пайда алушыға) барлық қажетті құжаттарды ұсынғаннан кейін құжаттарды қараудың және сақтандыру төлемін жүзеге асырудың шекті мерзімі туралы ақпарат беру.

10.5. Сақтандырушы жоғарыда баяндалған құжаттар тізбесін қысқартуға немесе егер нақты мән-жайларды ескере отырып, олардың болмауы сақтандыру жағдайының басталу фактісін анықтауға мүмкіндік бермейтін болса, өтініш берушіден қосымша құжаттарды дәлелді түрде сұратуға құқылы.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 14 -23- дан
--	---	--	--------------------

10.6. Егер сақтандыру жағдайы фактісі бойынша қылмыстық іс қозғалса, онда Сақтандырушының уәкілетті орган шешім қабылдағанға дейін сақтандыру төлемін жүзеге асыруды кейінге қалдыруға құқығы бар, ол туралы өтініш берушіні жазбаша нысанда хабардар етеді.

10.7. Сақтандыру жағдайына қатысты құжаттар сақтандырушыға қазақ немесе орыс тілінде не нотариалды куәландырылған қазақ немесе орыс тілдеріндегі аудармасымен түпнұсқа тілінде ұсынылуы тиіс.

11-тарау. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

11.1. Сақтандырушы құқылы:


- 1) сақтандыру жағдайының басталуын құжаттамалық растауға;
- 2) Сақтанушы Ережелерде көзделген жағдайларда өз міндеттерін орындамаған жағдайда сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға;
- 3) сақтандыру тәуекелі дәрежесінің ұлғаюына әкеп соғатын мән-жайлар туралы хабарланған сәттен бастап сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде сақтандыру шартының талаптарын өзгертуді немесе тәуекел дәрежесінің ұлғаюына мөлшерлес сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге құқылы. Егер сақтанушы сақтандыру шартының талаптарын өзгертуге немесе сақтандыру сыйлықақысын қосымша төлеуге қарсылық білдірсе, сақтандырушы сақтандыру шартын бұзуды талап етуге құқылы. Бұл ретте сақтандыру шарты хабарлама жіберілген күннен бастап бір ай өткен соң бұзылды деп есептеледі;
- 4) Сақтанушының төлем қабілеттілігін растайтын құжаттарды сұратуға;
- 5) Сақтанушы (сақтандырылған / пайда алушы) ұсынған, сақтандыру шарты бойынша сақтандыруға және сақтандыру жағдайына қатысы бар ақпаратты тексеруге және қажет болған жағдайда сұрау салуларды тиісті уәкілетті органдарға жіберуге, бұл туралы өтініш беруші жазбаша хабардар етіледі;
- 6) сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен мән-жайларын дербес анықтауға, оның ішінде тиісті ұйымдардан олардың құзыретіне қарай сақтандыру жағдайына қатысы бар немесе сақтандыру жағдайының басталу фактісін растайтын құжаттарды сұратуға құқылы.

11.2. Сақтанушы құқылы:

- 1) сақтандыру шартын уақтылы алуға;
- 2) сақтандыру құпиясына;
- 3) пайда алушыға сақтандыру төлемін уақтылы жүзеге асыруға;
- 4) сақтандыру төлемін кешіктіргені үшін өсімпұл алуға (өсімпұл төленген күнге Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі белгілеген қайта қаржыландыру мөлшерлемесі мөлшерінде мерзімі өткен әрбір күн үшін өсімпұл есептеледі);
- 5) Ережелермен танысуға және олардың көшірмесін талап бойынша алуға құқылы.

11.3. Сақтандырушы міндетті:

- 1) сақтанушыны ережелермен таныстыруға;
- 2) сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде сақтандыру төлемін жүргізуге;
- 3) сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге;
- 4) Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында көзделген жағдайларды қоспағанда, сақтанушы және оның мүліктік жағдайы туралы мәліметтерді жария етпеуге;

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 15 -23- дан</p>
--	---	---	----------------------------

5) сақтандыру шартына қатысты кез келген хабарламаларды, өтініштерді, талаптарды, хабарламаларды, түсініктемелерді жазбаша нысанда орындауға және басқа тарапқа тікелей беруге немесе оның жөнелтілгенін растауға мүмкіндік беретін тәсілмен жіберуге;

6) барлық қажетті құжаттарды ұсынғаннан кейін сақтанушыға (сақтандырылушыға, пайда алушыға) құжаттарды қараудың және сақтандыру төлемін жүзеге асырудың шекті мерзімі туралы ақпарат беруге.

11.4. Сақтанушы міндетті:

1) сақтандыру сыйлықақысын сақтандыру ережелері мен шартында белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде төлеуге;

2) сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтандырушыға сақтандыру жағдайының туындау ықтималдығын бағалау үшін маңызы бар өзіне белгілі барлық мән-жайлар туралы, сақтандыруға арналған өтініш пен сауалнамаға сәйкес хабарлауға, сондай-ақ Сақтандырушының сұрау салуы бойынша жіберілген, бұл ретте сақтандыру шарты жасалғаннан кейін сақтандыру тәуекелін ұлғайтуға қабілетті барлық фактілер туралы дереу хабарлауға;

3) сақтандырушыға сақтандыру жағдайы басталған күннен бастап күнтізбелік 60 (алпыс) күн ішінде оның басталғаны туралы жазбаша хабарлауға;

4) Сақтанушының, сақтандырылушының немесе пайда алушының орналасқан жері немесе тұрғылықты жері өзгерген кезде олардың мекенжайын сақтандырушыға он күн мерзімде хабарлауға міндетті. Әйтпесе, Сақтандырушының бұрынғы орналасқан жеріне немесе тұрғылықты жеріне жіберілген кез келген хабарламасы Тараптар орындаған (жарамды) болып саналады;

5) егер сақтанушының немесе сақтандырылушының орналасқан жері немесе тұрғылықты жері Қазақстан Республикасынан тыс жерде болса, сақтандырушыға сақтанушыға немесе сақтандырылушыға хат-хабарды жеткізуге жауапты Қазақстан Республикасында сенім білдірілген адамды көрсетуге;

6) сақтандыру шартына қатысты кез келген хабарламаларды, өтініштерді, талаптарды, хабарламаларды, түсініктемелерді жазбаша нысанда орындауға және басқа тарапқа тікелей беруге немесе оның жөнелтілгенін растауға мүмкіндік беретін тәсілмен жіберуге.

12-тарау. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫН ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ

12.1. Сақтандырушы таратылған кезде сақтандыру сыйлықақысын қайтару Қазақстан Республикасының сақтандыру және сақтандыру қызметі туралы заңнамасында белгіленген кредиторлардың талаптарын қанағаттандыру кезектілігіне сәйкес жүзеге асырылады.

12.2. Сақтандыру шарты мынадай жағдайларда тоқтатылады:

1) сақтандыру шартының қолданылу мерзімі өткеннен кейін;


2) Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша белгіленген сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру төлемін (сақтандыру төлемдерін) жүзеге асыруы;

3) Сақтандырушының Ережелерінің 3-тарауының 3.1-тармағында көзделген бірінші туындаған сақтандыру жағдайы бойынша сақтандыру төлемін (сақтандыру төлемдерін) жүзеге асыруы;

4) ҚР АҚ 841, 842-бабының талаптарына сәйкес мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайларда;

5) Тараптардың бірінің бастамасы бойынша немесе тараптардың келісімі бойынша сақтандыру шартын бұзу.

12.3. Сақтандыру шарты сақтандыру шарты тараптарының бірінің бастамасы бойынша оның қолданылу мерзімі аяқталғанға дейін мерзімінен бұрын бұзылуы мүмкін:

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 16 -23- дан</p>
--	---	---	----------------------------

- 1) Сақтанушының өтініші бойынша-кез келген уақытта;
- 2) Сақтандырушының талабы бойынша – сақтанушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттерін орындамауына байланысты жүзеге асырылады.

Екі жағдайда да Сақтанушы төлеген сақтандыру сыйлықақысы қайтарылмайды.

12.4. Сақтандыру шартының мерзімінен бұрын тоқтатылуы Сақтандырушының кінәсінен оның талаптарының орындалмауынан туындаған жағдайларда, соңғысы сақтанушыға өзі төлеген сақтандыру сыйлықақысын не сақтандыру жарналарын толығымен қайтаруға міндетті.

12.5. Сақтанушы сақтандыру шартынан (Қазақстан Республикасы Азаматтық Кодексінің 841-бабының 2-тармағы) бас тартқан кезде, егер бұл Қазақстан Республикасы Азаматтық Кодексінің 841-бабы 1-тармағының бірінші бөлігінде, Қазақстан Республикасы Азаматтық Кодексінің 842-бабы 2-тармағының екінші және үшінші бөліктерінде көрсетілген мән-жайларға байланысты болмаса, сақтандырушыға төленген сақтандыру сыйлықақысы не сақтандыру жарналары қайтару.

12.6. Сақтанушы-жеке тұлға қарыз шарты бойынша қарыз беруші алдындағы міндеттемелерін оның (қарыз алушының) орындауы себебінен қарыз шартына байланысты сақтандыру шартынан бас тартқан кезде сақтандырушы алынған (алынған) сақтандыру сыйлықақысын (сақтандыру жарналарын) сақтандыру сыйлықақысының (сақтандыру жарналарының) бір бөлігін сақтандыру қолданылған уақытқа барабар және сақтандыру шартын бұзуға байланысты алынған (алынған) сақтандыру сыйлықақысының (сақтандыру жарналарының) он пайызынан аспайтын шығындарды шегергенде Сақтанушы-жеке тұлғаға қайтаруға міндетті. Осы тармаққа қатысты сақтанушыға қайтарылуға жататын сақтандыру сыйлықақысын есептеу қарызды мерзімінен бұрын өтеген күннен бастап жүргізіледі, бұл туралы Сақтанушы дереу (қарызды өтеген күні, бірақ сақтандыру шартының қолданылу мерзімі аяқталған күннен кешіктірмей) сақтандырушыны хабардар етуге тиіс.

Сақтандыру шартын бұзу үшін өзге де негіздер, сондай-ақ оны жүзеге асыру тәртібі ережелерде және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген.

13-тарау. ҚОСЫМША ЕРЕЖЕЛЕР


13.1. Сақтандыру шартына барлық өзгерістер мен толықтырулар Ережелерде көзделген тәртіппен және Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес тараптардың келісімі бойынша тараптардың қосымша келісімге қол қоюы арқылы енгізіледі.

13.2. Мәліметтерді өзгерту және сақтандыру шартын қайта ресімдеу, сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзу, сақтандыру жағдайы басталған, сақтандыру төлемін алған және сақтандыру сыйлықақысын қайтарған кезде пайдаланылатын өтініштер мен хабарламалардың нысандары Сақтандырушының корпоративтік сайтында орналастырылған(<https://www.nomadlife.kz> / "жеке сақтандыру" бөлімінде, "несие алушыларға" кіші бөлімі).

13.3. Сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде туындайтын барлық даулар келіссөздер жолымен шешіледі.


13.4. Сақтандыру шартынан туындайтын дау болған кезде сақтанушы (сақтандырылған/ пайда алушы) дауды реттеу туралы өтінішпен сақтандыру омбудсманына жүгінуге құқылы.

13.5. Тараптар келісімге қол жеткізбеген жағдайда даулар Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес сот тәртібімен қаралады.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 17 -23- дан
--	---	--	--------------------

13.6. Егер Қазақстан Республикасының заңнамасын өзгерту нәтижесінде Ережелердің шарттары Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келсе, бұл ережелер Ережелерге тиісті өзгерістерсіз автоматты түрде күшін жояды.

Егер ережелер ережелерінің бірі жарамсыз болып қалса, онда бұл ережелердің қалған ережелерінің әрекеттеріне әсер етпейді. Жарамсыз ереже заңды түрде рұқсат етілген және тиісті қатынасты реттейтін Ережемен ауыстырылады.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 18 -23- дан
--	---	--	--------------------

**Директорлар кеңесінің 26.02.2026 ж.
№ 260226/1 шешімімен бекітілген
телемедицинамен өмірді ерікті
сақтандыру ережелеріне №1
қосымша**

МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫ /

Осы медициналық сақтандыру бағдарламасы (бұдан әрі-Бағдарлама) сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетудің (телемедицина) көлемін, шарттары мен тәртібін айқындайды.

Терминдер мен анықтамалар:

Ассистанс - Сақтандырушымен жасалған Шарт негізінде Сақтандырушының атынан сақтандыру шартында және сақтандырудың медициналық бағдарламасында көзделген қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетуді (телемедицина) ұйымдастыруды, үйлестіруді, есепке алуды және бақылауды, сондай-ақ көрсетілетін медициналық көмектің тиісті сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асыруға міндеттеме алатын заңды тұлға;


Қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер (телемедицина) - аурулар мен жарақаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және алдын алу мақсатында медициналық қызметтер көрсету, медициналық қызметкерлердің Сақтандырылушылармен өзара қашықтықтан өзара іс-қимылын, аталған адамдарды сәйкестендіруді, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттауды қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалаулар жүргізу;

«Даригер Онлайн» сервисі («Dariger online») маркетингтік атауы (бұдан әрі - Сервис) - құқық иесі Ассистанс болып табылатын онлайн-сервис / платформа, Сақтандырылушыларға дербес компьютерді және (немесе) мобильді құрылғыны пайдалана отырып, darigeronline.kz сайттының және / немесе AppStore немесе Play Market-тен «Dariger Online» мобильді құрылғыларға арналған қосымшалардың көмегімен нақты уақыт режимінде медициналық ұйымдардың дәрігерлерінің қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) көрсетуі. Ассистанс сервиске техникалық және әкімшілік қызмет көрсетуді қамтамасыз етеді.

Сақтандырудың медициналық бағдарламасы-Сақтандырылушыға сақтандыру шарты шеңберінде қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) көрсетудің тізбесі мен тәртібі;

Медициналық ұйым - Қазақстан Республикасының немесе өзге мемлекеттердің қолданыстағы заңнамасына сәйкес медициналық қызметтің қажетті түрлерін жүзеге асыруға қажетті лицензиялары мен өзге де рұқсаттары бар, Ассистанспен шарт жасасқан және Сақтандырылушыға қызмет көрсететін заңды тұлға. Медициналық ұйымдар Ассистанстың медициналық желісін құрайды. Өзге мемлекеттердің аумағында тіркелген медициналық ұйымдарға медициналық қызметті жүзеге асыру үшін тіркеу елінің тиісті заңнамалық талаптары қолданылады;

Дәрігер - тіркелген жоғары медициналық білімі бар, тиісті мамандық бойынша маман сертификаты бар (педиатр, терапевт немесе тар бейінді маман), тиісті медициналық

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 19 -23- дан
--	---	--	--------------------

ұйымның құрамында медициналық қызметті жүзеге асыратын және сервисті пайдалана отырып сақтандырылушыға медициналық көмек көрсететін маман;

Медициналық көмек - Сақтанушының денсаулығын сақтауға, сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер кешені.

Сақтандырылушыға AppStore, PlayMarket және сайттағы сілтеме арқылы жүктеуге болатын <https://darigeronline.kz> / Ассистанстың сайт арқылы немесе «Dariger online» мобильді қосымшасы арқылы сервисті пайдалана отырып, қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) ұсынылады. Кіру Сақтанушы смс-хабарламада алатын логин мен пароль арқылы жүзеге асырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) бейнебайланысты, аудио байланысты пайдалана отырып, Сайтта немесе мобильді қосымша арқылы хабарламалар мен файлдармен алмасу арқылы, сондай-ақ стационарлық телефон арқылы көрсетіледі. Медициналық қызмет көрсететін дәрігерлер, олардың кәсіби білімі, біліктілігі, жұмыс орны және т.б. туралы ақпарат Сайтта және Ассистанстың мобильді қосымшасында орналастырылған. Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) тәулік бойы, аптасына 7 (жеті) күн, соның ішінде Сақтандыру полисінің қолданылу кезеңіндегі демалыс және мереке күндері, өтініштер саны бойынша шектеусіз қолжетімді.

Медициналық сақтандыру бағдарламасына келесі қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) кіреді:


- кезекші дәрігер-терапевт / педиатрдың шұғыл онлайн-консультациялары;
- алдын ала жазылу бойынша дәрігер-терапевт/педиатрдың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бейінді дәрігер-консультанттың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бұрын қойылған диагноз бойынша бейінді дәрігерлермен онлайн консультациялар (екінші пікір);
- онлайн-консультация нәтижелері бойынша ұсынымдармен жазбаша қорытынды беру;
- Сақтандырылушының «Жеке кабинеті» қызметі, онда Сақтандыру бағдарламасы шеңберінде онлайн-консультациялардың нәтижелері бойынша дәрігерлердің өтініштері мен жазбаша ұсыныстары, файлдарды жүктеу мүмкіндігі сақталады.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету шарттары (телемедицина):

<https://darigeronline.kz> Сайтында ашық қол жетімділікте Медициналық ұйым және қашықтықтан (телемедицина) медициналық қызмет көрсететін Дәрігерлер (олардың кәсіптік білімі, біліктілігі және т.б.) туралы ақпарат және заңнама мен іскерлік айналым әдет-ғұрыптарына сәйкес басқа да қажетті мәліметтер орналастырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) дәрігердің құзыретіне жатқызылған мәселелер бойынша нақты уақыт режимінде сервисті пайдалана отырып, телемедициналық технологияларды қолдана отырып, консультациялар түрінде Сақтандырылушыға медициналық көмек көрсетуден тұрады.

Сақтандырылушыға қашықтықтан қарау және Сақтандырылушыға қатысты өзге де зерттеулер мен манипуляциялар жүргізу мүмкін естігіне байланысты дәрігер өзінің кәсіби пікірін қалыптастыра алмайтын мәселелерді, сондай-ақ жауап беру үшін қосымша ақпарат

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДКС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 20 -23- дан
--	---	--	--------------------

(басқа мамандардың тексеру нәтижелері, зертханалық зерттеу нәтижелері және аспаптық тексеру) алу қажет болатын сұрақтарды қоспағанда, барлық мәселелер бойынша қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) ұсынылады.

Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызмет көрсету басталғанға дейін (телемедицина) Дәрігерге Жеке кабинетін пайдалана отырып, қажетті құжаттардың көшірмелерін жіберу жолымен Сақтандырылушыға белгіленген диагноздар, өткен аурулар, белгілі аллергиялық реакциялар, араласулар жүргізуге, препараттарды қабылдауға қарсы көрсетілімдер туралы ақпарат беруге құқылы. Қажетті медициналық ақпарат - бұл медициналық ұйымға қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) дұрыс көрсету үшін қажет медициналық сипаттағы ақпарат: тікелей және консультациялар жүргізілетін аурулар туралы медициналық қорытындылар, қосымша зерттеулер мен тексерулердің нәтижелері, сондай-ақ Сақтанушылар бере алатын медициналық сипаттағы барлық құжаттар. Медициналық құжаттарды зерделеу Сақтанушыларға осы құжаттарды ұсынғаннан кейін ғана басталады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер көрсету кезінде (телемедицина), оның ішінде күндізгі консультациялар, диагностикалық тексерулер жүргізу қажеттілігі анықталған кезде дәрігер тұлғасындағы Медициналық ұйым Сақтандырылушыны диагнозды қою және (немесе) растау және (немесе) нақтылау үшін жүгіну керек мамандар туралы, олармен байланысты диагностиканың, емдеудің ұсынылатын әдістері туралы хабардар етеді тәуекелдер, олардың салдары және күтілетін нәтижелер және басқа да осындай ақпаратты ұсынады.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету (телемедицина) қорытындысы бойынша Медициналық ұйым Медициналық қорытынды жасайды. Медициналық қорытынды - Сервис арқылы Пациентке жіберілген, цифрлық технологияларды қолдана отырып қызмет көрсету қорытындылары бойынша дәрігер жасаған не оның Жеке кабинетінде Пациентке сілтеме жасалған, диагноз қоймай, диагнозды түзетпей және емдеуді тағайындамай медициналық консультация нәтижелерін қамтитын электрондық түрдегі құжат.


Егер Сақтандырылушы оларды көрсеткен сәттен бастап күнтізбелік 7 (жеті) күн ішінде қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтердің (телемедицина) сапасына талап қоймаса, қызметтер тиісті түрде көрсетілген және Сақтандырылушы қабылдаған болып есептеледі.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету тәртібі (телемедицина):

Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуды сұрамас бұрын Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасында («Däriger Online» маркетингтік атауы) алдын ала тіркеу/белсендіру процесінен өтуі тиіс. Тіркеу кезінде сақтанушы дербес деректерді жинауға және өндеуге және қашықтықтан медициналық қызмет көрсететін медициналық ұйымға (телемедицина) медициналық ақпарат беруге келісім беруге міндетті.

Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасында тіркелу ережесі:

Қызмет көрсету Сақтандырылушының мынадай жабдықтарын пайдалана отырып жүзеге асырылуы мүмкін: техникалық талаптарға сай болуы тиіс дербес компьютер, ұялы телефон. Қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін веб-

	<p>Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)</p>	<p>Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.</p>	<p>Бет 21 -23- дан</p>
--	---	---	----------------------------

платформаға кіру жүзеге асырылатын құрылғы төменде көрсетілген талаптарға сәйкес келетініне көз жеткізу қажет.

Дербес компьютерді пайдалану кезінде:

компьютерге қосылған бейнекамераның ажыратымдылығы 1024 x 720 төмен емес (егер бейнебайланысты пайдалана отырып қызмет көрсету тәсілі таңдалған жағдайда);

микрофон компьютерге қосылған (Егер бейне немесе аудио байланысты пайдаланып қызмет көрсету әдісі таңдалған болса);

MS Windows операциялық жүйесі XP немесе Mac OS X нұсқасынан төмен емес;

Google Chrome (ұсынылған), Mozilla Firefox немесе Opera соңғы нұсқасының Интернет-шолушысы (браузер);

Интернетке кіру арнасының жылдамдығы 1 Мбит/с төмен емес.

Ұялы телефонды пайдалану кезінде:

жұмыс камерасы, микрофоны және басқа да қажетті функциялары бар Apple Iphone 5 және одан жоғары ұялы телефон моделі;

Android 5.1 және одан жоғары жүйесінде жұмыс істейтін ұялы телефон;

кез келген ұялы телефон, егер Сақтандырылушы Интернет желісі арқылы емес, қызмет көрсету үшін жүгінетін болса.

Apple мобильді құрылғылары үшін мобильді қосымшаны орнату үшін IOS 9 - дан төмен емес жүйе, Android жүйесіндегі құрылғылар үшін-5.1-ден төмен емес жүйе қажет.

Қызметті Сайт арқылы алу үшін:

Сайтқа өтіңіз <https://darigeronline.kz>

Кіру үшін логин мен парольді көрсетіп, ұялы телефон нөмірін растап, жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туған күнін көрсете отырып;

Дәрігерді таңдап, қызмет (кеңес) алыңыз;

Егер кезекші Дәрігердің (дәрігер-педиатр, дәрігер-терапевт) консультациясы қажет болса, онда Дәрігер тарапынан шақырылғанға дейін Жеке кабинетте болу қажет;

Егер тар бейінді маман дәрігердің (кезекші болып табылмайтын дәрігердің) жоспарлы консультациясы қажет болса, онда белгіленген уақытта Жеке кабинетке кіріп, Дәрігердің шақыруына жауап беру қажет;

Консультация алдында камераның, динамиктің, микрофонның жұмысын Жеке кабинетте «Жеке деректер/ Тексеру» бөлімінде тексеру қажет.

Қызметті мобильді қосымша арқылы алу үшін:

«Даригер Онлайн» мобильді қосымшасын жүктеп алыңыз;


Кіру үшін логин мен парольді көрсету, ұялы телефон нөмірін растау және жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туған күнін көрсету арқылы тіркелу;

Қолданбаның сұрауы бойынша камераға, динамикке, микрофонға кіруге рұқсат беріңіз;

Дәрігерді таңдап, кеңес алыңыз.

Егер Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуға құқылы болса, бірақ сервиспен сәйкестендірілмесе және олар үшін жеке кабинетте жеке тұлғалар үшін қолданыстағы баға парағына сәйкес медициналық консультациялардың құны 0 (нөл) теңгені құрайтын болса, онда сақтандырылушыны сәйкестендіру үшін www.darigeronline.kz сайтында Қолдау қызметіне көрсетілген телефон арқылы жүгіну қажет.

Сақтандырылушы өзі пайдаланатын жабдық пен бағдарламалық қамтамасыз етудің көрсетілген талаптарына сәйкестігі үшін дербес жауап береді. Медициналық ұйым

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 22 -23- дан
--	---	--	--------------------

Сақтандырылушының құрылғыларында орнатылған жабдықтан немесе бағдарламалық қамтамасыз етуден туындаған Қызметтерді алу мүмкін застігі үшін жауап бермейді.

Сайтта немесе мобильді қосымшада тіркелгеннен кейін Сақтанушы «Жеке кабинет» бөліміне өтеді. «Жеке кабинет» бөлімі Сақтандырылушының Сайттағы немесе мобильді қосымшадағы дербес бөлімі болып табылады, ол Сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуге (телемедицина) сұрау салуға, кезекші Дәрігермен байланысуға мүмкіндік береді.

Дәрігермен (кеңесшімен) кеңесу.

Бағдарламада көзделген қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін келесі әрекеттерді орындау қажет:

Сайттың жоғарғы мәзіріндегі «Басты» батырмасын басу арқылы сайттың басты бетіне өтіңіз немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасына кіріп, қажетті дәрігерді таңдап, «Кеңес алу» немесе «Кездесуге жазылу» батырмасын басыңыз. Консультация алдында Сақтанушының компьютерінің жабдығын телефон параметрлеріндегі камера мен микрофонға кіруге арналған «Байланысты тексеру»/рұқсаты жеке кабинетінің бөлімі арқылы тексеру ұсынылады.

Кезекші Дәрігерді (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) таңдау кезінде консультацияға өтінім жасау үшін ашылған терезеде «Бастау» таңдаңыз.

Кезекші дәрігер (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) Пациентпен/Сақтандырылушымен (консультация терезесі ашық болады) - қазіргі уақытта жүйеде (онлайн) жүрген еркін кезекші Дәрігер Сервисті пайдалана отырып не Сақтандырылушының тіркеу кезінде көрсетілген ұялы телефон нөміріне қоңырау шалу арқылы Пациентпен/Сақтандырылушымен байланысады.

Кеңес басталғанға дейін және оның барысында Сақтандырылушы Дәрігерге мәтіндік хабарламалар мен суреттер жібере алады.

Сақтандырылушы Сервис арқылы кезекші Дәрігермен (дәрігер - терапевт, дәрігер-педиатр) консультацияға өтінім қалдыра алады, бұл ретте сақтандырылушы сайттың жеке кабинетінде қалуы (Жеке кабинеттен шықпауы, онлайн жүйеде болуы) немесе мобильді қосымшаға кіруі қажет.

Дәрігер Пациентпен/Сақтандырылушымен байланысқан кезде қоңырау шалу терезесі пайда болады, онда байланыс тәсілдерінің бірін таңдау керек: бейне, аудио немесе хат алмасу.


Кеңес байланыс әдісін таңдағаннан кейін басталады және отыз минутқа дейін созылады.

Алдын ала жазылу бойынша қол жетімді Маман дәрігерді (кеңесшіні) таңдағанда, күн мен уақытты таңдап, содан кейін «Жазылу» түймесін басу керек.

Маман-дәрігердің консультациясына жазылу жасалғаннан кейін Сақтандырылушы Сервис арқылы консультацияны өткізу уақыты мен күні көрсетілген SMS-хабарлама алады.

Маман-дәрігермен кеңесу үшін белгіленген уақытта сайтқа кіріп, Жеке кабинетке кіру /мобильді қосымшада авторизациялану және маман дәрігердің Сақтандырылушымен байланысуын күту қажет. Белгіленген уақытта Дәрігер-маман Сақтандырылушылармен қосылады, ұзақтығы отыз минутқа дейінгі онлайн-консультация басталады.

Егер дәрігер Сақтандырылушымен байланысуға тырысқан сәтте соңғысы жүйеде (онлайн) болмаса және дәрігер онымен сервис арқылы байланыса алмаса және Сайтта тіркелу кезінде көрсетілген ұялы телефон нөмірі бойынша Сақтандырылушыға 3 рет хабарласа алмаса, консультация жабылады және қашықтықтан медициналық қызмет (телемедицина) көрсетілген болып есептеледі.

	Телемедицинамен өмірді ерікті сақтандыру ережелері (Пр-ДҚС-04)	Басылым 3: 26.02.2026 ж. Күшіне енді : 26.02.2026 ж. Басылым орнына 2: 12.02.2026 ж.	Бет 23 -23- дан
--	---	--	--------------------

Егер сұрау салуды жібергеннен кейін Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуден (телемедицина) бас тартқысы келсе, ол бұл туралы Медициналық ұйымға Сайтта көрсетілген байланыс деректері бойынша не «Жеке кабинет» арқылы шұғыл консультация беру басталғанға дейін және жазба бойынша консультация берілген жағдайда 24 сағаттан кешіктірмей хабарлауға міндетті. Көзделген тәртіп сақталмаған жағдайда қашықтықтан медициналық қызмет (телемедицина) көрсетілген болып есептеледі.

Егер Сақтандырылушы қызмет көрсетуге сұрау салуды жібермесе немесе сұрау салуды жібергеннен кейін жүйеде (онлайн) болмаса, Сақтандырылушының қызмет көрсету мерзімдеріне қатысты ешқандай талаптары қабылданбайды.

Консультация қорытындысы бойынша Дәрігер Медициналық қорытынды жазады және оны Сақтандырылушыға Сервис арқылы жібереді.

Осы Бағдарламада көзделмеген қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуға өтініш жасау нәтижесінде Сақтандырылушының шығыстары сақтандыру жағдайы деп танылмайды.