

ДОГОВОР № _____
о закупках услуг по добровольному страхованию на случай болезни, способом
проведения открытого тендера на понижение

«__» _____ 2017 г.

_____, именуемое в дальнейшем «**Страховщик**» (лицензия на право осуществления страховой (перестраховочной) деятельности по отрасли «общее страхование» № _____), в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и ТОО «Казатомпром-SaUran», именуемое в дальнейшем «**Страхователь**», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», руководствуясь Правилами закупок товаров, работ, услуг АО «ФНБ «Самрук-Казына» и организациями пятьдесят и более процентов акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Казына» на праве собственности или доверительного управления, утвержденных решением Совета директоров АО «Самрук Казына» №126 от 28.01.2016 года (далее Правил закупок «АО ФНБ «Самрук – Казына» и протоколом об итогах закупок способом открытого тендера по закупке услуг № _____ от _____ по лоту № _____, заключили настоящий Договор о закупках услуг по добровольному страхованию на случай болезни, способом проведения открытого тендера на понижение, (далее – Договор), о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Предметом Договора является добровольное страхование на случай болезни, в связи с чем Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик (Представитель Страховщика) обязуется при наступлении страхового случая организовать и обеспечить (финансировать) оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими организациями или врачами из списка Страховщика (Представителя Страховщика) путем оплаты медицинским организациям и/или врачам расходов, по оказанным медицинским услугам Страхователю (Застрахованному), предусмотренным Договором.

1.2. Перечень и объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным, определен в Приложении №1 (Программа страхования) к Договору.

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОГОВОРЕ

2.1. **Врач** – лицо, имеющее высшее медицинская образование, и лицензию на право осуществления соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

2.2. **Семейный врач или Врач** - координатор – лицо, осуществляющее организацию предоставления и получения Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором.

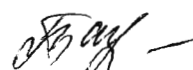
2.3. **Врачебная тайна** – правило поведения медицинских организаций и медицинских работников о неразглашении информации о состоянии здоровья и заболеваниях Застрахованного.

2.4. **Выгодоприобретатель** – медицинские организации (врачи-специалисты медицинских организаций), предоставляющие медицинские услуги в соответствии с условиями Договора; Застрахованный, который является получателем страховой выплаты в случае, определенном п. 2.16 Договора.

2.5. **Госпитализация по экстренным показаниям** – госпитализация Застрахованного в медицинскую организацию в случае внезапного ухудшения состояния его здоровья.

2.6. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование, соответствующее требованиям, установленным Договором.

2.7. **Медицинская организация** – специализированная медицинская организация, которая предоставляет Застрахованному медицинские услуги, имеющая лицензию на право осуществление



соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

2.8. **Направление семейного врача или врача - координатора** – документ установленного образца, выдаваемый семейным врачом/врачом-координатором Представителя Страховщика, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.

2.9. **Программа страхования (Приложение 1 к Договору)** – перечень и объем медицинских услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых Застрахованному медицинскими организациями, врачами, аптеками в пределах установленных лимитов согласно Договору.

2.10. **Период действия страховой защиты** – период времени, в течение которого Страховщик (Представитель Страховщика) несет свои обязательства в соответствии с Договором.

2.11. **Представитель Страховщика (медицинский ассистанс)** – юридическое лицо, которое организывает и предоставляет для Застрахованного медицинскую помощь в соответствии с Договором и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности. Представитель Страховщика – _____.

2.12. **Страховщик** – _____.

2.13. **Страховая сумма** – это сумма денег, на которую застрахован объект страхования, которая является предельным объемом ответственности Страховщика (Представителя Страховщика), установленный в соответствии с Программами страхования Договора.

2.14. **Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь оплачивает Страховщику за принятие последним обязательств, предусмотренных Договором.

2.15. **Страховой случай** – событие, с наступлением которого Договор предусматривает осуществление страховой выплаты.

2.16. **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком (Представителем Страховщика) Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия страховой защиты (Застрахованному - при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.17. **Страхователь** – ТОО «Казатомпром-Saigan», заключившее Договор с _____.

2.18. **Список Застрахованных** – перечень лиц, подлежащих медицинскому страхованию, предоставляемый Страхователем Страховщику (Представителю Страховщика) и по необходимости обновляемый в порядке и сроки, установленные Договором. Список Застрахованных приведен в Приложении 2 к Договору.

2.19. **Стационарное лечение по экстренным показаниям** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), либо, при невозможности госпитализации в клинику из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в медицинских организациях, не входящих в Список Страховщика (Представителя Страховщика), в связи с внезапно возникшим заболеванием Застрахованного.

2.20. **Стационарное лечение по медицинским показаниям** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), необходимость которого была заранее очевидна и дата проведения которого была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.21. **Страховая документация** - документация, выдаваемая Страховщиком Застрахованным для получения медицинских услуг, предусмотренных Программами страхования. Страховая документация включает в себя: личную карточку Застрахованного с указанием на ней индивидуального номера карточки, Фамилии, Имени, Отчества ее владельца, названия программы страхования, периода страхования, наименования Страхователя, номеров контактных телефонов Представителя Страховщика. Данная страховая документация подтверждает право Застрахованных на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях.

2.22. **Территория страхования** – Республика Казахстан.

2.23. **Хирургическая операция по экстренным показаниям** – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, немедленно сделанная Застрахованному, после его поступления в приемный покой медицинской организации, входящей в Список Страховщика (Представителя Страховщика), либо, в случае невозможности обращения Застрахованного в клинику из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в медицинской организации не из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.24. **Хирургическая операция по медицинским показаниям** – операция, необходимость и дата проведения которой была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика) и которая была проведена в медицинской организации из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.25. **Член семьи (лицо, включенное в список Застрахованных)** – супруг (супруга) Застрахованного сотрудника в возрасте до 65 лет, дети в возрасте от 1 года до 18 лет и совместно проживающие родители в возрасте до 65 лет. При этом, в случае прикрепления членов семьи к Застрахованному сотруднику, страховые суммы (лимиты) становятся общими для всей семьи.

2.26. **Экстренные показания** – это внезапное ухудшение здоровья Застрахованного, вызванное непредвидимым заболеванием Застрахованного.

2.27. **Экстренная медицинская помощь** – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу для жизни Застрахованного, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства.

2.28. **Диагностические показания** – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование). Диагностические мероприятия проводятся при угрожающих состояниях, при впервые появившихся болевых симптомах, при обострениях хронических заболеваний.

2.29. **Лечебные показания** – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом в период обострения заболевания.

2.30. **Профилактические показания** – комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры.

2.31. **Амбулаторно-поликлиническая помощь** – профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Важной составной частью при этом являются профилактические осмотры, медицинские осмотры, диспансеризация.

2.32. **Медицинские показания** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, в том числе и заболеваний, находящихся вне стадии обострения.

2.33. **Семейный врач** – врач – терапевт широкого профиля из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), предоставляющий услуги медицинского и организационного характера (консультации, лечение застрахованных, контроль динамики лечения, назначение консультаций узких специалистов, выписывание направлений на лабораторно-инструментальные исследования, на консультации специалистов, выписывание направлений на стационарное лечение, выписывание рецептов на получение необходимых медикаментов в пределах лимита, и т.д.).

2.34. **Круглосуточная консультационно-диспетчерская служба** – медицинская диспетчерская служба Страховщика (Представителя Страховщика), находящаяся в г. Астана, г. Алматы, г. Шымкент, обеспечивающая вызов семейного врача, при необходимости – бригады скорой медицинской помощи, предоставляющая консультации Застрахованным по телефону, а также предоставляющая информацию по графику приема семейных врачей и/или специалистов.

2.35. **Лабораторные анализы и инструментальные методы исследования** – медицинские исследования и тесты, осуществляемые по решению семейного врача/врача-специалиста, и проводимые с целью установления/уточнения диагноза по возникшему в период действия страховой защиты заболеванию Застрахованного.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), согласно Приложению 2, связанные с оплатой расходов, вызванных обращением Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика либо, в случае невозможности обращения Застрахованного в клинику из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в медицинской организации не из Списка Страховщика (Представителя Страховщика) за медицинскими услугами в объеме и на условиях, определенных Программами страхования, выбранными и оплаченными Страхователем и предусмотренными в Договоре страхования.

3.2. Лица, включенные Страхователем в список Застрахованных, не являющиеся работниками Страхователя, имеют все права Застрахованного лица, предусмотренные Договором.



4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма на одного Застрахованного устанавливается в соответствии с Программой страхования (Приложение 1 к Договору)

Общая страховая сумма на момент заключения Договора составляет _____.

4.2. После осуществления страховой выплаты размер страховой суммы уменьшается на величину осуществленной страховой выплаты.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Размер страховой премии на одного Застрахованного определяется согласно Приложению 1 к Договору.

Общая страховая премия на момент заключения Договора рассчитывается в соответствии с Приложением 4 к Договору и составляет _____.

5.1.1. Исчисленная страховая премия уплачивается Страхователем безналичным платежом на основании выставяемого Страховщиком счета на оплату двумя равными взносами в следующем размере и в сроки:

- первый взнос страховой премии в размере 50%, уплачивается в срок 20 дней, после подписания Договора.

- второй взнос страховой премии в размере 50% уплачивается в срок до 25 мая 2018 года.

5.2. В случае изменения количества Застрахованных, корректировка страховой премии производится путем подписания Сторонами дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью Договора. Страховая премия по дополнительному соглашению уплачивается Страхователем безналичным платежом на основании выставяемого Страховщиком счета единовременно в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

6. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА (ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА) ОТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.

6.1. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного (лица, включенного в список Застрахованных) в медицинские организации из списка Страховщика (Представителя Страховщика) (Приложение 3 к Договору) либо, в случае невозможности обращения Застрахованного в клинику из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в медицинские организации не из Списка Страховщика (Представителя Страховщика) по поводу заболевания, травмы, по иным основаниям, требующим оказания медицинской помощи или консультации медицинских специалистов по экстренным показаниям, а также другие случаи в соответствии с перечнем и объемом услуг, предусмотренных Приложением 1 к Договору.

6.2. Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая указываются в Приложении 5 к Договору.

6.3. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая указываются в Приложении 6 к Договору.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Страховщик назначает своим представителем по вопросам организации и предоставления медицинских услуг **Застрахованным** _____.

Представитель Страховщика, в свою очередь, назначает ответственных лиц (семейного врача или врача-координатора) за организацию медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным.

7.2. При наступлении страхового случая Представитель Страховщика самостоятельно организывает, контролирует и оплачивает расходы врачей или медицинских организаций за оказание Застрахованному медицинской помощи (услуг) в пределах страховой суммы, предусмотренной Договором.



7.3. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинских услуг, полученных Застрахованным у врачей и в медицинских организациях из списка Представителя Страховщика, по ценам, согласованным между Представителем Страховщика и врачом и/или медицинской организацией по каждому определенному страховому случаю, но не дороже расценок, применяемых врачом и/или медицинской организацией при оказании медицинских услуг по отношению к иным лицам.

7.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком (Представителем Страховщика) Выгодоприобретателю безналичным платежом, с оформлением всех надлежащих документов в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения от врача, медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы медицинского страхования.

7.5. В случае предоставления неполного пакета необходимых для принятия решения о страховой выплате документов, Страховщик в 5-дневный срок (исключая праздничные и выходные дни) уведомляет Страхователя (Застрахованного)/Выгодоприобретателя о необходимости предоставления недостающих документов с их указанием.

7.6. Продолжительность пребывания на стационарном лечении Застрахованного определяется врачом клиники из списка Представителя Страховщика, но его стоимость не может превышать страховой суммы, установленной программой страхования.

7.7. В случае превышения расходов Застрахованного страховой суммы за оказанные медицинские услуги, Представитель Страховщика обязан уведомить об этом Застрахованного (лицо, включенное в список Застрахованных) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения от медицинской организации или врача счета на оплату.

7.8. После уведомления о превышении расходов Застрахованный обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика в течение 7 (семь) рабочих дней после уведомления.

7.9. В случае неоплаты превышения расходов Застрахованным, страховая защита по данному Застрахованному приостанавливается до момента оплаты.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Правовые взаимоотношения и ответственность Сторон возникают с момента подписания Сторонами Договора.

8.2. **Страховщик (Представитель Страховщика) имеет право:**

8.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;

8.2.2. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги;

8.2.3. направлять запросы в соответствующие медицинские и иные компетентные организации по факту страхового случая;

8.2.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

8.2.5. требовать от Страхователя (Застрахованного) информации и документов, необходимых для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;

8.2.6. при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика), отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретения медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских организациях, не указанных в списке Страховщика (Представителя Страховщика);

8.2.7. совершать иные действия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан, с предварительным письменным согласованием со Страхователем.

8.3. **Страховщик (Представитель Страховщика) обязан:**

8.3.1. назначить своего представителя по вопросам организации и предоставления медицинских услуг Застрахованным;



8.3.2. ознакомить Страхователя с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из Договора, программами страхования и перечнем медицинских услуг оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.3.3. Ежеквартально, не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, предоставлять Страхователю отчет о по оказанным медицинским услугам Застрахованным с указанием Ф.И.О., суммы, периода и вида медицинских услуг;

8.3.4. организовать, оплатить и контролировать качество медицинских услуг, оказываемых Застрахованному, а также защищать его интересы в пределах Договора;

8.3.5. обеспечить контроль над выполнением соответствующих договоров с медицинскими организациями, указанными в Приложении 3 к Договору, на оказание ими услуг Застрахованным согласно условиям Договора;

8.3.6. обеспечить тайну страхования, в том числе не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Застрахованном, Страхователе;

8.3.7. предоставить Страхователю страховую документацию на каждого Застрахованного в течение 24 (двадцать четыре) календарных дней со дня подписания Договора. До получения карточек, Застрахованный вправе обращаться к семейным врачам Представителя Страховщика при предъявлении удостоверения;

8.3.8. при утрате/утере личной карточки Застрахованного, Застрахованный должен в течение одного рабочего дня известить об этом Страхователя. В случае утраты/утери личной карточки члена семьи Застрахованного, Застрахованный должен в течение одного рабочего дня известить об этом Страховщика. Утерянные личные карточки признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором. Взамен утраченных Страховщиком в течение 24 (двадцать четыре) календарных дней выдаются новые личные карточки Застрахованным, при этом с Застрахованного взыскивается стоимость ее изготовления в размере 500 (пятьсот) тенге (в том числе НДС) безналичным платежом на банковский счет Страховщика;

8.3.9. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в настоящем Договоре;

8.3.10. в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным), либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный договором страхования

8.3.11. В период действия Договора не менять перечень и объем медицинских услуг (Приложение № 1).

8.3.12. ознакомить Застрахованных с программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.3.12. предоставить Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней после полного исполнения обязательств по настоящему Договору отчет, подтверждающий долю местного содержания вкупаемых Страхователем услугах страхования, по форме, установленной в Приложении № 8 к настоящему Договору, являющемся его неотъемлемой частью;

8.3.13. выполнять иные обязанности, по согласованию Сторон, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. получать разъяснения по программам страхования, об условиях Договора, порядке предоставления медицинских услуг;

8.4.2. изменять состав списка Застрахованных путем направления письменного уведомления Страховщику. При этом заключается дополнительное соглашение к Договору и производится перерасчет страховой суммы и страховой премии для сотрудников.

8.4.3. требовать от Страховщика (Представителя Страховщика) предоставления качественных медицинских услуг.

8.4.4. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

8.5. Страхователь обязан:

8.5.1. осуществлять оплату страховой премии в сроки и в размерах, предусмотренных условиями Договора.

8.5.2. ознакомить Застрахованных с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из настоящего Договора;



8.5.3. ознакомить Застрахованных с программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.5.4. при увольнении Застрахованных работников в течение 7 (семь) рабочих дней письменно (электронной почтой) уведомлять об этом Страховщика с предоставлением всех данных о таких работниках и членах их семей;

8.5.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

8.5.6. письменно уведомить Страховщика за 14 рабочих дней о дате проведения вакцинации и проф. осмотра для Застрахованных.

8.6. **Застрахованный имеет право:**

8.6.1. требовать осуществления Страховщиком контроля над качеством и объемом оказываемых медицинских услуг базовыми медицинскими организациями Представителя Страховщика и ставить Страхователя в известность о качестве предоставляемых медицинских услуг Страховщиком и медицинскими организациями;

8.6.2. обращаться за необходимой медицинской помощью в медицинские организации из Списка Представителя Страховщика (Приложение 3 к Договору);

8.6.3. на получение медицинских услуг в составе и объеме, предусмотренных Договором и Приложением 1 к нему;

8.6.4. иные права, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

8.7. **Застрахованный обязан:**

8.7.1. до обращения в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика за медицинской помощью (услугой), установленной Договором, связаться с Представителем Страховщика и получить информацию о дальнейших действиях;

8.7.2. заботиться о сохранности страховой документации и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

8.7.3. Застрахованный или члены его семьи в случае получения медицинских услуг и/или приобретения медицинских препаратов после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного, либо не предусмотренных программой страхования, обязаны возместить Представителю Страховщика указанные расходы в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате;

8.7.4. соблюдать условия Договора, соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинской организации;

8.7.5. предоставлять Представителю Страховщика всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

8.7.6. заботиться о сохранности своего здоровья;

8.7.7. при получении медицинских услуг, предусмотренных в программах страхования, предъявить врачу и/или в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика личную карточку Застрахованного и удостоверение личности.

8.7.8. получить направление, рецепт у семейного врача из списка Представителя Страховщика в случаях, определенных программами страхования и Приложением 6 Договора;

8.7.9. при экстренной госпитализации в медицинскую организацию не из списка Представителя Страховщика, не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Страховщику/Представителю Страховщика лично или через своего представителя о наступлении страхового случая;

8.7.10. передать Страховщику/Представителю Страховщика всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику/Представителю Страховщика для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;

8.7.11. в течение 7 (семь) рабочих дней после уведомления Застрахованный обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика;

8.7.12. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА. СЛУЧАИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА



9.1. Для заключения Договора Страхователь должен представить Страховщику список Застрахованных (Приложение 2 к Договору).

9.2. Страховщик принимает на страхование лиц в соответствии со всеми ниже перечисленными требованиями:

- не младше одного года;
- не достигших 75-летнего возраста на момент заключения Договора; данное ограничение по возрасту не распространяется на сотрудников Страхователя;
- не являющихся инвалидами I, II групп (лицам, имеющим инвалидность III группы, не покрываются расходы на лечение заболевания, повлекшего данную инвалидность, его осложнений и последствий, а также любые состояния находящиеся в прямой причинно-следственной связи с данным заболеванием);
- не госпитализированных на момент заключения Договора;
- не состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом, онкологическом, кожно-венерологическом диспансерах, не болеющих СПИД-ом или туберкулезом, за исключением случаев, прямо предусмотренных договором страхования.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору оформляются дополнительными соглашениями и подписываются уполномоченными представителями Сторон до 30 числа каждого месяца.

9.4. О намерении изменить условия Договора инициативная Сторона должна письменно уведомить другую Сторону не позднее 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты изменения.

9.5. Изменение условий Договора может быть осуществлено как по инициативе Страхователя, так и по инициативе Страховщика.

9.6. Договор прекращается в случае истечения срока действия Договора (если по соглашению Сторон срок действия Договора не продлен на оговоренный между ними срок) или исполнения Страховщиком в полном объеме своих обязательств по Договору.

9.7. Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе Страховщика в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем своих обязательств по Договору, с соблюдением условий п. 9.10. Договора. При этом страховая премия или ее часть возврату не подлежит.

9.8. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, с соблюдением условий пункта 9.10. Договора.

При отказе Страхователя от Договора (как в отношении всего Договора, так и в отношении определенного Застрахованного), в случае, если Застрахованный (работник) не воспользовался услугами страхования и если данный отказ не связан с обстоятельствами, указанными в пункте 1 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, уплаченная Страхователем Страховщику страховая премия подлежит возврату за не истекший период страховой защиты (Приложение 7 к Договору) за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25% (оплата корпоративного подоходного налога, расходы на сопровождение договора, ведение базы и т.д.) от части премии, подлежащей возврату. В случае обращения Застрахованного за медицинскими услугами страховая премия остается у Страховщика в полном объеме.

9.9. При отказе Страхователя от Договора по причине неисполнения Страховщиком (Представителем Страховщика) условий Договора, Страховщик (Представитель Страховщика) возвращает Страхователю страховую премию в полном объеме в течение 30 (тридцать) рабочих дней со дня получения соответствующего требования Страхователя.

9.10. О намерении досрочного расторжения Договора, Сторона должна письменно уведомить другую Сторону за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

9.11. Не допускается вносить в настоящий Договор изменения, которые могут изменить содержание условий проведенных закупок и/или предложения, явившегося основой для выбора Поставщика, по иным основаниям, не предусмотренным пунктом 133 Правил закупок АО «Самрук-Казына».

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ



10.1. Договор страхования вступает в силу _____, и действует до конца периода действия страховой защиты.

10.2. Период действия страховой защиты начинается с 09 часов 00 минут _____, и заканчивается _____ (обе даты включительно).

10.3. После осуществления страховой выплаты по первому и последующим страховым случаям, Договор продолжает действовать в пределах остатка страховой суммы.

11. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО И ПРИНЯТИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ

11.1. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного (электронной почтой) уведомления Страховщика.

При этом Страхователь направляет Страховщику письменное (электронной почтой) уведомление о выдаче соответствующих документов новому лицу.

11.2. В случаях, когда страховые выплаты по увольняемому без замены Застрахованному и по членам его семьи не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за Застрахованного и членов семьи основного Застрахованного пропорционально не истекшему периоду действия страховой защиты за вычетом суммы понесенных Страховщиком расходов в размере 25% на ведение дела от части премии, подлежащей возврату.

В случае обращения Застрахованного за медицинскими услугами страховая премия остается у Страховщика в полном объеме.

11.3. Действие страховой защиты в отношении вновь принятых работников Страхователя начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении, подписанном обеими Сторонами.

11.4. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных (на основании его увольнения), не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком без доплаты страховой премии за нового Застрахованного, при условии страхования последнего по аналогичной программе страхования, по согласованию Сторон.

11.5. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, Страховщик имеет право на получение за нового Застрахованного дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии, положенной Страховщику за укороченный период страхования (за нового Застрахованного), осуществляется в соответствии с Приложением 7 к Договору, при этом за застрахованных членов семьи страховая премия оплачивается в полном объеме. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением 7.

11.6. В случае включения в список Застрахованных новых работников Страхователя, страховая премия на вновь принятых Застрахованных рассчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением 7 к Договору; при этом страховая премия за прикрепление членов семьи пересчету не подлежит. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду действия страховой защиты, в соответствии с Приложением № 7.

11.7. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного в течение 24 (двадцать четыре) календарных дней с момента передачи Страхователем Страховщику подписанного Сторонами дополнительного соглашения и приложений к нему, при этом в страховой документации Застрахованного указывается период страховой защиты.

11.8. Замена Застрахованного влечет за собой внесение соответствующих изменений в Договор путем подписания дополнительных соглашений к Договору. Данное обстоятельство не является основанием для внесения изменений в условия Договора.

12. МЕЖДУНАРОДНОЕ СТРАХОВАНИЕ

12.1. При выезде Застрахованного, в период действия Договора, за рубеж он имеет право на получение медицинских Услуг, предусмотренных программой международного страхового полиса, если подобная услуга предусмотрена Программой страхования.



12.2. Застрахованный должен за 3 рабочих дня предупредить Страховщика (Представителя Страховщика) о предполагаемой поездке с указанием страны временного пребывания, количества дней пребывания, а также предоставления копии паспорта и ИИН (по факсу, нарочно и т.д.).

12.3. Представитель Страховщика обязан выдать Застрахованному международный страховой полис, в котором указаны круглосуточные телефоны медицинских организаций, по которым Застрахованному следует обратиться при наступлении страхового случая.

13. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. Ответственность Сторон за ущерб определяется в соответствии с настоящим Договором и законодательством Республики Казахстан.

13.2. В случае необоснованного отказа в предоставлении или ненадлежащего предоставления Застрахованному медицинских услуг медицинскими организациями и/или врачами, данные медицинские организации и/или врачи несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

13.3. За вред, причиненный здоровью и жизни Застрахованного в результате действия либо бездействия медицинской организации и/или врача, все претензии будут отнесены Застрахованным и/или Страхователем Страховщику (Представителю Страховщика) и/или непосредственно медицинской организации и/или врачам медицинских организаций, в которых Застрахованный получал медицинские услуги.

13.4. Ответственность за качество, своевременность и обоснованность лечения, оказываемого Застрахованным медицинскими организациями, несет медицинская организация (персонал), предоставившая Застрахованному медицинские услуги.

13.5. По заявлению Застрахованного Страховщик оказывает содействие в проведении расследования по данному заявлению. Страховщик выступает Представителем Застрахованного по его претензиям к медицинской организации (персоналу), оказавшей медицинские услуги.

13.6. Претензии Застрахованных направляются непосредственно Страховщику для дальнейшей проверки обоснованности указанных нарушений и вынесения решений по ним.

13.7. В случае не предоставления Страховщиком отчета, подтверждающего долю местного содержания вкупаемых Заказчиком Услугах, согласно подпункту 8.3.12. пункта 8.3. настоящего Договора, Страхователь вправе требовать от Страховщика уплаты штрафа в размере 0,5 % от суммы страховой премии по настоящему Договору.

14. ФОРС-МАЖОР

14.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, не несет имущественную ответственность, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

14.2. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов.

14.3. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана письменно уведомить о наступлении таких обстоятельств другую Сторону в течение 3 (трех) рабочих дней.

14.4. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Все споры, имеющие отношение к Договору, разрешаются Сторонами путем переговоров.

15.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

16. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ



16.1. Все приложения к Договору и иные прилагаемые к нему документы являются неотъемлемой его частью, если они совершены в письменной форме, скреплены подписями и печатями Сторон.

16.2. Оформление документации, необходимой для получения медицинских услуг, входит в сумму страховой премии каждого Застрахованного (получение и коррекция Списка на страхование согласно условиям Договора, отправка Заявки на изготовление страховой документации – карточки Застрахованного – на базу ассистанс компании, получение документации, проверка соответствия полученной документации данным Заявки и условиям Договора, передача документации ответственному лицу Страхователя – под акт приема –передачи).

16.3. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности, за исключением случаев, когда разглашение подобной информации требуется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

16.4. Конфиденциальной по Договору признается информация о форме и содержании Договора, приложений, условий оплаты, а также информация об оказанных работникам Страхователя медицинских услугах.

16.5. Все остальные условия, не урегулированные Договором, регулируются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования на случай болезни «Страховщика»

16.6. Переход прав и обязанностей по Договору к другим лицам не допускается.

16.7. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

16.8. В случае реорганизации одной из Сторон права и обязанности по Договору не прекращаются и переходят к их правопреемникам.

Приложение № 1 – Программа страхования.

Приложение № 2 - Список Застрахованных.

Приложение № 3 - Список медицинских организаций, аптек, узких специалистов.

Приложение № 4 – Расчет общей страховой премии, общей страховой суммы.

Приложение № 5 - Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты.

Приложение № 6 - Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая.

Приложение № 7 – Табель начисления страховой премии.

Приложение № 8 - Отчетность по местному содержанию в услугах.

17. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон:

Страхователь :

Страховщик :

ТОО «Казатомпром-SaUran»

161003, РК, Южно-Казахстанская область,

Сузакский район, п. Таукент

КБЕ: 17

ИИК: KZ546010291000254949

БИК: HSBKKZKX

Банк бенефициар: АО «Народный банк

Казахстана»

ИИН/БИН: 1505 4000 1510

