

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

п. Кыземшек

« ____ » _____ 2017 г.

_____, созданное и действующее по законодательству Республики Казахстан, именуемое в дальнейшем «**Страховщик**» (лицензия на право осуществления страховой (перестраховочной) деятельности по отрасли «общее страхование» № _____), в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и **Товарищество с ограниченной ответственностью «Казатомпром-SaUran»**, созданное и действующее по законодательству Республики Казахстан, именуемое в дальнейшем «**Страхователь**», _____, действующего на основании _____, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», на основании того, что Заказчик провел открытый тендер № _____, руководствуясь Правилами закупок АО «Самрук-Казына» и протоколом об итогах закупок услуг способом открытого тендера № _____ от _____ года, заключили настоящий Договор о закупках услуг способом открытого тендера (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 медицинское 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** – _____, 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 и дети в возрасте от 1 года до 25 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, 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 **667 350 000 (шестьсот шестьдесят семь миллионов триста пятьдесят тысяч) тенге.**

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 **23 000 000 (двадцать три миллиона) тенге**.

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 **11 500 000 (одиннадцать миллионов пятьсот тысяч) тенге**, уплачивается в срок до **10 августа 2017 года**.
- второй взнос страховой премии в размере **11 500 000 (одиннадцать миллионов пятьсот тысяч) тенге**, уплачивается в срок до **31 декабря 2017 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;

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

8.3.14. 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 находящихся 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.

10. Антикоррупционные условия

10.1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны и их работники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.

10.2. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны и их работники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

10.3. Каждая из Сторон настоящего Договора отказывается от стимулирования каким-либо образом работников другой Стороны, в том числе путем предоставления денежных сумм, подарков, безвозмездного выполнения в их адрес работ (услуг) и другими способами, ставящего работника в определенную зависимость, и направленными на обеспечение выполнения этим работником каких-либо действий в пользу стимулирующей его Стороны.

10.4. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо антикоррупционных условий, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательства по настоящему договору до получения

подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течении 5 (пяти) рабочих дней с даты направления письменного уведомления.

10.5. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящих условий контрактом, его работником, выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем.

10.6. Стороны настоящего Договора признают проведение процедур по предотвращению коррупции и контролируют их соблюдение. При этом Стороны прилагают разумные условия, чтобы минимизировать риск деловых отношений с контрагентами, которые могут быть вовлечены в коррупционную деятельность, а также оказывают взаимное содействие друг другу в целях предотвращения коррупции. Стороны обязуются обеспечить реализацию процедур по проведению проверок в целях предотвращения рисков вовлечения Сторон в коррупционную деятельность.

10.7. Стороны признают, что их возможные неправомерные действия и нарушение антикоррупционных условий настоящего Договора могут повлечь за собой неблагоприятные последствия — от понижения рейтинга надежности Сторон до существенных ограничений по взаимодействию с контрагентом, вплоть до расторжения настоящего Договора.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

11.1. Договор страхования вступает в силу «__» «_____» 2017 года, и действует до конца периода действия страховой защиты.

11.2. Период действия страховой защиты начинается с 09 часов 00 минут «__» «_____» 2017 года, и заканчивается «__» «_____» 2018 года (обе даты включительно).

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

12. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО И ПРИНЯТИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ

12.1. 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.

12.2. 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.

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

12.4. 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.

12.5. 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.

12.6. 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.

12.7. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного в течение 24 (двадцать четырех) 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.

12.8. 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.

13. МЕЖДУНАРОДНОЕ СТРАХОВАНИЕ

13.1. 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.

13.2. 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 РНН (по факсу, нарочно и т.д.).

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

14. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

14.2. 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.

14.3. 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.

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

14.5. 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.

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

14.7. В случае не предоставления Страховщиком отчета, подтверждающего долю местного содержания вкупаемых Заказчиком Услугах, согласно подпункту 8.3.13. пункта 8.3. настоящего Договора, Страхователь вправе требовать от Страховщика уплаты штрафа в размере 0,5 % от суммы страховой премии по настоящему Договору.

15. ФОРС-МАЖОР

15.1. 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.

15.2. 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.

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

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

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

17. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

17.1. 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.

17.2. 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).

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

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

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

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

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

17.8. 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.

18. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Страховщик:

Страхователь:

Список застрахованных

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Список медицинских организаций, аптек, узких специалистов

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Расчет общей страховой премии, общей страховой суммы

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты

А. Страховщик не осуществляет страховую выплату, если причиной случая явились следующие заболевания и состояния:

1. онкологические заболевания,
2. онкогематологические заболевания,
3. заболевания эндокринной системы: диабет сахарный, диабет несахарный, ожирение, феохромоцитомы, болезнь Вильсона, болезнь Аддисона, синдром Кушинга, гипотиреоз - тяжелое течение, хронический гипокортицизм и др., за исключением случаев, предусмотренных Договором;
4. системные заболевания соединительной ткани: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия, системные васкулиты, узелковый периартериит, синдром Бехчета, ревматоидный артрит;
5. болезнь Бехтерева;
6. наследственные заболевания: муковисцидоз, фенилкетонурия, и др.;
7. наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц, болезнь (синдром) Паркинсона, миастения, миопатия, мозжечковая атаксия Мари, гипопизарный нанизм и др.;
8. демиелинизирующие заболевания нервной системы: болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, боковой амиотрофический склероз;
9. хронические кожные заболевания: экзема, ихтиоз, псориаз, аллопеция и др.
10. психические заболевания либо состояния: шизофрения, олигофрения, маниакально-депрессивные состояния и др.;
11. эпилепсия;
12. детский церебральный паралич;
13. врожденные пороки развития;
14. бронхиальная астма, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
15. аллергические заболевания вне стадии обострения, аллергодиагностика, лечение методом специфической гипосенсибилизации;
16. острые и хронические лучевые поражения;
17. профессиональные заболевания (пневмокониозы, саркоидозы и др.);
18. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью,
19. хронические гепатиты и циррозы печени
20. хронические заболевания в стадии ремиссии (вне обострения), если иное не предусмотрено Договором;
21. алкогольная, наркотическая и другие виды интоксикаций; явившиеся следствием сознательного употребления Застрахованным напитков (препаратов, токсинов);
22. беременность, роды, кесарево сечение, искусственное прерывание беременности (аборты) и их последствия, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
23. хронические состояния либо иные заболевания, кроме соматических, возникшие до начала действия страховой защиты, любые их последствия (например, последствия травм: неправильно сросшийся перелом, остеомиелит), а также любые события, произошедшие до начала действия страховой защиты, за исключением случаев, прямо предусмотренных Договором.

ПРИМЕЧАНИЕ. Медицинские расходы, связанные с диагностикой у застрахованного заболеваний, указанных в п.А, **покрываются** Страховщиком до момента подтверждения диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, либо до окончания курса стационарного лечения, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен.

Б. Страховщик не осуществляет страховую выплату, если причиной случая явились следующие инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих:

1. туберкулез, за исключением диагностики;

2. инфицирование ВИЧ, синдром приобретенного иммунодефицита СПИД;
3. геморрагические вирусные лихорадки, в том числе: лихорадка Эбола, желтая лихорадка, болезнь Марбурга, лихорадка Лаоса, крымская геморрагическая лихорадка и др.
4. брюшной тиф и паратифы А, В, С; чума, холера, сибирская язва, малярия, лепра, дифтерия, коклюш, корь, эпидемический паротит, вирусные гепатиты, инфекционный менингит, бруцеллез, туляремия; фолликулярная ангина; лакунарная ангина;
5. все инфекционные заболевания, требующие наблюдения в очаге инфекции, наблюдения и обследования контактных лиц;
6. микозы (за исключением профилактики при антибиотикотерапии), микоплазмозы, за исключением диагностики;
7. заболевания, передающиеся половым путем, за исключением диагностики (ПЦР – не более 3-х по каждому случаю)

В. Страховщик не осуществляет страховую выплату, если причины случая следующие:

1. умышленное причинение Застрахованным себе телесных повреждений или иные действия, направленные на возникновение страхового случая или способствующие его наступлению, в том числе покушение на самоубийство, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
2. совершение Застрахованным действий, признанных в установленном порядке административными правонарушениями либо уголовными преступлениями;
3. террористические акты, военные действия, военные мероприятия, гражданская война, народные волнения, массовые беспорядки, забастовки, акты государственных органов, стихийные бедствия, воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивное заражение, техногенные и природные катастрофы;
4. участие Застрахованного в любого рода испытаниях;
5. опасные увлечения Застрахованного или занятия спортом - прыжки с парашютом, подводное плавание, полеты (управление Застрахованным летательным аппаратом, в том числе пара-, мото-, дельтаплан), альпинизм, спелеология, горные лыжи, сноуборд, участие в скачках, автогонках и др., за исключением случаев, прямо предусмотренных Договором;
6. заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом управления Застрахованным транспортным средством без соответствующего на это права, а также передачи им управления транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;

Г. Страховщик не компенсирует путем осуществления страховой выплаты расходы:

1. по реконструктивным (восстановительным) медицинским процедурам;
2. по косметическим операциям или косметологическому лечению;
3. по пластической, косметической и восстановительной хирургии (как с целью устранения косметических дефектов, так и с лечебной целью); расходы, связанные с генетическими исследованиями;
4. связанные с хирургической коррекцией зрения и лечением миопии, катаракты, глаукомы, спазма аккомодации, всех отдаленных последствий травм глаза, в том числе с применением лазера, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, массажем век и биостимуляцией глазного яблока;
5. связанные с протезированием всех видов, в том числе трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему; расходы на замену старых пломб без медицинских показаний, имплантация зубов, услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях, лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями, устранение ортодонтических нарушений, лечение пародонтоза;
6. связанные с косметическим лечением (в том числе лечение угревой сыпи, демодекоза кожи), коррекцией веса и фигуры, стерилизацией, контрацепцией и изменением пола;
7. связанные с экстракорпоральными методами лечения, в том числе: программный гемодиализ, внутривенная лазеро- и озонотерапия, гипокситерапия, плазмаферез, УФО крови, реоферез, цитоферез, плазмосорбция, плазмофльтрация, озонирование, альбуминовый диализ;
8. связанные с диагностикой и лечением бесплодия и нарушения потенции;
9. на услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика и логопеда, если иное не предусмотрено Договором;

10. связанные с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ, линз или очков; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными, стоимость трансплантантов, протезов, эндопротезов, имплантантов и других ортопедических медицинских изделий;

11. связанные с применением методов народной медицины и нетрадиционных методов диагностики и лечения (акупунктурная, аурикуло-, термopунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная диагностики, энергоинформатика и пр.), с лечебной целью (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, биорезонансная терапия, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, грязелечение, ИФС, водные процедуры, гидроколонтотерапия, оксигенотерапия и пр.);

12. на процедуры, не признанные медицинской наукой, и/или медицинские процедуры, основанные на медицинских технологиях, которые неизвестны на момент наступления страхового случая;

13. связанные с консультациями и диагностическими исследованиями по ведению беременности и родам, если Программой страхования не предусмотрена данная услуга;

14. по трансплантации органов и тканей, в том числе эндопротезирование, хирургическое вмешательство на сердце (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма и т.д.), реконструктивные операции, и расходы по устранению (коррекции) их последствий;

15. на услуги по планированию семьи, в том числе ПЦР-, ИФА-, РИФ-диагностика с целью определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;

16. на медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения на ношение оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок о состоянии здоровья для выезда за рубеж, оформления санаторно-курортных карт, за исключением случаев, предусмотренных Договором;

17. на приобретение вспомогательных медицинских принадлежностей: очков, контактных линз, слуховых аппаратов, ортопедических принадлежностей и т.д.;

Д. Страховщик также не компенсирует путем осуществления страховой выплаты следующие расходы:

1. не оговоренные в Договоре;
2. связанные с продолжением лечения после окончания срока действия страховой защиты или с другими действиями, которые порекомендовал врач Страховщика, за исключением стационарного лечения по экстренным показаниям (в пределах лимита);
3. по оказанию медицинской помощи и другим событиям, связанным с Договором, произошедшим вне территории действия страховой защиты;
4. по медицинским услугам, полученным Застрахованным у врача или в медицинском учреждении, не включенном в список Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных соглашением Сторон и указанных в Договоре;
5. по медицинским услугам, полученным Застрахованным без соблюдения порядка предварительного согласования их получения (без разрешения Страховщика, направления врача Страховщика, а также без лечебных показаний) в случаях, если данный порядок предусмотрен Договором;
6. по медицинским услугам, полученным сверх установленного количества услуг, предусмотренным Договором;
7. на лечение, оказанное по просьбе Застрахованного, но не назначенное врачом Представителя Страховщика (кроме экстренных обращений в медицинские учреждения);
8. на лечение и медицинские препараты, полученные Застрахованным без рецепта и направления семейного врача;
9. связанные с доставкой Застрахованного в медицинское учреждение на контрольный осмотр специалиста, получение процедур, манипуляций, проведение лабораторно-инструментальных исследований, за исключением случаев, предусмотренных Договором.

Е. Не покрываются страховой выплатой следующие лекарственные средства:

- контрацептивные препараты;

- биологически активные добавки, пищевые добавки, биологические стимуляторы (например: настойка женьшеня);

- гомеопатические средства;

- анорексантные средства;

- косметические средства;

- лекарственные средства, не разрешенные к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также оплата медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких средств.

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

При наступлении страхового случая Застрахованный должен обратиться к врачу-координатору Представителя Страховщика в установленные часы приема или позвонить в call-centre Представителя Страховщика для получения консультаций и организации медицинской помощи.

Своевременное уведомление врача-координатора Представителя Страховщика о наступлении страхового случая является обязательным условием предоставления медицинских услуг.

При необходимости Страхователь (Застрахованный) обязан предоставлять Страховщику (Представителю Страховщика) по его запросу сведения, связанные со страховым случаем.

Медицинскую помощь Застрахованному в медицинских учреждениях из списка Представителя Страховщика организует в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору врач-координатор Представителя Страховщика.

При госпитализации в медицинское учреждение не из списка Представителя Страховщика (равно как и из Списка Представителя Страховщика) по экстренным показаниям или наступлении экстренного страхового случая, Застрахованный или его уполномоченное лицо должны сообщить не позднее 3-х дней врачу-координатору Представителя Страховщика:

- № личной карточки, наименование организации, Ф.И.О. Застрахованного;
- местонахождение Застрахованного, контактные телефоны;
- коротко описать, что произошло и какие медицинские услуги ему необходимы или уже предоставили.

Если Застрахованному необходима амбулаторно-поликлиническая помощь, он обязан обратиться к врачу-координатору Представителя Страховщика за организацией и оказанием данной помощи.

При необходимости получения стоматологических услуг Застрахованный должен предварительно позвонить в колл-центр, либо к координатору, либо к семейному врачу и убедиться в том, что клиника, в которой он планирует получение стоматологических услуг, входит в медицинскую сеть ТОО «Медикер».

Госпитализация на стационарное лечение Застрахованного по медицинским показаниям осуществляется только по направлению врача из списка Представителя Страховщика и письменного разрешения Представителя Страховщика.

Приобретение медицинских препаратов возможно только по рецепту семейного врача Представителя Страховщика.

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Табель начисления страховой премии

Количество дней по страховой защите	% от страховой премии
1	5
2	6
3-4	7
5-6	8
7-8	9
9-10	10
11-12	11
13-14	12
15-16	13
17-18	14
19-20	15
21-22	16
23-25	17
26-29	18
30-32(1 месяц)	19
33-36	20
37-40	21
41-43	22
44-47	23
48-51	24
52-54	25
55-58	26
59-62	27
63-65	28
66-69	29
70-73	30
74-76	31
77-80	32
81-83	33
84-87	34
88-91(3 месяца)	35
92-94	36
95-98	37
99-102	38
103-105	39
106-109	40
110-113	41
114-116	42
117-120	43
121-124(4 месяца)	44
125-127	45
128-131	46
132-135	47
136-138	48
139-142	49
143-146	50
147-149	51
150-153(5 месяцев)	52

Количество дней по страховой защите	% от страховой премии
154-156	53
157-160	54
161-164	55
165-167	56
168-171	57
172-175	58
176-178	59
179-182(6 месяцев)	60
183-187	61
188-191	62
192-196	63
197-200	64
201-205	65
206-209	66
210-214(7 месяцев)	67
215-218	68
219-223	69
224-228	70
229-232	71
233-237	72
238-241	73
242-246(8 месяцев)	74
247-250	75
251-255	76
256-260	77
261-264	78
265-269	79
270-273(9 месяцев)	80
274-278	81
279-282	82
283-287	83
288-291	84
292-296	85
297-301	86
302-305(10 месяцев)	87
306-310	88
311-314	89
315-319	90
320-323	91
324-328	92
329-332	93
333-337(11 месяцев)	94
338-342	95
343-346	96
347-351	97
352-355	98
356-360	99
361-365(12 месяцев)	100

Страховщик:

Страхователь:

Отчетность по местному содержанию в работах и услугах

№ п/п Договора (m)	Стоимость Договора (СД) KZT	Суммарная стоимость товаров в рамках договора (СТ) KZT	Суммарная стоимость договоров субподряда в рамках договора (ССД) KZT	Доля фонда оплаты труда казахстанских кадров, выполняющего j-ый договор (Rj) %	№ п/п Товара (n)	Кол-во товаров Закупленных поставщиком в целях исполнения договора	Цена товара KZT	Стоимость (СП) KZT	Доля МС согласно Сертификата СТ-KZ (K1) %	Сертификат СТ-KZ		Примечание
										Номер	Дата выдачи	
1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
m	-	-	-	-	n	-	-	-	-	-	-	-
ИТОГО												

Доля казахстанского содержания рассчитывается согласно Единой методики расчета организациями казахстанского содержания, утвержденной Приказом Министра по инвестициям и развитию РК по 30 января 2015 года № 87, по следующей формуле:

$$MS_{p/y} = 100\% \times \frac{\sum_{j=1}^m ((CA_j - CT_j - CSD_j) \times R_j + \sum_{i=1}^n (CT_i \times M_i))}{S}$$

m Общее количество договоров, заключенных в целях поставки работы (услуги), включая договор между Заказчиком и подрядчиком, договоры между подрядчиком и субподрядчиками и т.д.

MS_{p/y} Местное содержание (MS_{p/y}) в договоре на поставку работ (услуг),

n Общее количество товаров, закупленных поставщиком в целях исполнения договора

i о закупках как напрямую, так и посредством заключения договоров субподряда;

CT_i Порядковый номер товара

M_i Стоимость i-ого товара;

M_i Доля местного содержания в товаре, указанная в сертификате «СТ-KZ»;

M_i = 0, в случае отсутствия сертификата «СТ-KZ»;

Доля казахстанского содержания (%):

**MS_{p/y} = _____

М.П.

Ф.И.О. руководителя, подпись

** указывается итоговая доля казахстанского содержания в договоре в цифровом формате до сотой доли (0,00)

Ф.И.О. исполнителя, контактный телефон