

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**добровольного страхования на случай болезни**

г. Астана

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «**Страховщик**» (лицензия на право осуществления страховой деятельности по добровольному общему страхованию № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года), в лице \_\_\_\_\_, действующего (-ей) на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и **ТОО «Семизбай-У»**, именуемое в дальнейшем «**Страхователь**», в лице Генерального директора Батиева Р.А, действующего на основании Устава, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», на основании пункта \_\_\_\_ Правил закупок товаров, работ и услуг АО «ФНБ «Самрук-Қазына» и организациями, пятьдесят и более процентов голосующих акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Қазына» на праве собственности или доверительного управления, утвержденных решением Совета директоров АО «Самрук-Қазына» от 28 января 2016 года (далее – Правила закупок) и итогов закупок способом открытого тендера с применением торгов на понижение № \_\_\_\_\_, проведенных \_\_\_\_\_ года, заключили настоящий договор добровольного страхования на случай болезни (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. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным, определен в Договоре.

### **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** - Застрахованный, который в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты.

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, имеющее 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 медицинских услуг, лекарственное обеспечение, 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.

2.12. **Страховщик** – юридическое лицо, заключающее Договор со Страхователем.

2.13. **Страховая сумма** – 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, при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.17. **Страхователь** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы предусмотренной гражданским законодательством Республики Казахстан, заключившее со Страховщиком Договор.

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), 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, Фамилию, Имя, Отчество ее владельца, название программы страхования, периода страхования, наименование Страхователя, номера 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.

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) – мать, отец (не старше 65 лет), супруг (супруга) Застрахованного и дети в возрасте от 1 года до 18 лет проживающие совместно.

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.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), согласно Приложению 2 к Договору, связанные с оплатой расходов, вызванных обращением Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения из списка 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 Приложением 1 к Договору согласно выбранной программе страхования.

4.2. Общая страховая сумма на момент заключения Договора составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге.

4.3. 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 \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге.

5.2. Исчисленная страховая премия уплачивается Страхователем безналичным платежом на основании выставляемого Страховщиком счета-фактуры двумя равными взносами в следующем размере и в сроки:

- первый взнос страховой премии в размере 50% от общей суммы страховой премии на момент заключения Договора, что составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге, уплачивается в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты заключения Договора;

- второй взнос страховой премии в размере 50% от общей суммы страховой премии на момент заключения Договора, что составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге, уплачивается в срок до «31» декабря 2017 года.

5.3. В случае изменения количества Застрахованных в пределах резерва, указанного в Договоре, связанная с этим 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 выставляемого Страховщиком счета единовременно в течение 3 (трех) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения. Страховая премия за платное прикрепление членов семьи производится самостоятельно Застрахованным непосредственно в кассу Страховщика в течение 5 (пяти) дней со дня подписания дополнительного соглашения к Договору.

#### **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 Представителя Страховщика (Приложение 3 к Договору) по поводу заболевания, травмы, по иным основаниям, требующим оказания медицинской помощи или консультации медицинских специалистов, 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 в соответствии с Приложением 1 к Договору – \_\_\_\_\_, телефон круглосуточной диспетчерской службы call centre – \_\_\_\_\_, в г. Астана \_\_\_\_\_. Представитель, 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 организует, 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) 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.

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.

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

7.6. 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.

7.7. После уведомления о превышении расходов Застрахованный обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней.

7.8. 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) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства 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. изменять список врачей с уведомлением Страхователя и список медицинских учреждений с согласия Застрахованного;

8.2.8. совершать иные действия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

### **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. предоставлять Страхователю отчет 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 10 (десяти) рабочих дней со дня подписания Договора;

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 (двадцати четырех) рабочих дней выдаются новые личные карточки Застрахованным, при этом с Застрахованного взывается стоимость ее изготовления в размере 500 (пятьсот) тенге (в том числе НДС) безналичным платежом на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика;

8.3.9 в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным), либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный Договором;

8.3.10. обеспечить указанную в заявке на участие в тендере долю местного содержания в услугах в размере \_\_, предоставив соответствующие подтверждающие документы;

8.3.11 в течение 5 (пяти) рабочих дней после истечения срока действия Договора представить Страхователю отчетность по местному содержанию в услугах с приложением копий подтверждающих документов, по форме согласно Приложению 8 к Договору. Местное содержание в услугах рассчитывается в соответствии с Единой методикой расчета организациями местного содержания при закупке товаров, работ и услуг, утвержденной приказом Министра по инвестициям и развитию РК от 30.01.2016 г. №183

8.3.12. выполнять иные обязанности, 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, получать от Страховщика письменное обоснование причин отказа в предоставлении услуг Застрахованным;

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 работников;

8.4.3. отказаться в одностороннем порядке от исполнения Договора и требовать возмещения убытков в случае представления Страховщиком недостоверной информации по доле местного содержания в услугах;

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 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 1 (одного) рабочего дня письменно уведомлять об этом Страховщика с предоставлением всех данных о таких работниках и членов их семей, а также изъять у таких работников и членов их семей страховую документацию и передать вместе с письменным уведомлением Страховщику;

8.5.5. письменно уведомить Страховщика за 14 рабочих дней о дате проведения вакцинации и профилактического осмотра для Застрахованных с предоставлением списка Застрахованных и регионов;

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

#### **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 письменное разрешение Представителя Страховщика или направление 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. при увольнении, вернуть Страхователю всю страховую документацию;

8.7.12. в течение 3 (трех) рабочих дней после уведомления Застрахованного о превышении им страховой суммы за оказанные ему медицинские услуги обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика;

8.7.13. 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 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.

9.3. Внесение изменений и дополнений в заключенный Договор допускается в случаях и на основаниях, предусмотренных Правилами закупок.

9.4. Не допускается вносить в заключенный Договор изменения, которые могут изменить содержание условий проведенных закупок и/или предложения, явившегося основой для выбора Страховщика, по иным основаниям, не предусмотренным пунктом 133 Правил закупок.

9.5. Договор прекращается в случае истечения срока действия Договора или исполнения Страховщиком в полном объеме своих обязательств по Договору.

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

9.7. При отказе Страхователя от Договора по причине неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком (Представителем Страховщика) условий Договора, Страховщик (Представитель Страховщика) возвращает Страхователю страховую премию в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения соответствующего требования Страхователя.

9.8. О намерении досрочного расторжения Договора, Страхователь должен письменно уведомить Страховщика за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

## **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ**

10.1. Договор страхования вступает в силу со дня его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до конца периода действия страховой защиты.

10.2. Период действия страховой защиты с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года, обе даты включительно.

10.3. После осуществления страховой выплаты по первому и последующим страховым случаям, Договор продолжает действовать в пределах остатка страховой суммы, но в любом случае не более периода действия страховой защиты.

## **11. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО И ПРИНЯТИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ**

11.1. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика.

При этом Страхователь направляет Страховщику письменное уведомление о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы Застрахованного, исключаемого из списка Застрахованных.

11.2. В случаях, когда страховые выплаты по увольняемому без замены основному Застрахованному и по членам его семьи не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию основного Застрахованного пропорционально не истекшему периоду действия страховой защиты.

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 к Договору.

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. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду действия страховой защиты в соответствии с Приложением 7 к Договору.

11.7. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного в течение 7 (семи) рабочих 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. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

12.1. Ответственность Сторон за ущерб, не урегулированный Договором, определяется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12.2. 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.

12.3. 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 непосредственно медицинской организации и/или врачам, где Застрахованный проходил обследование и лечение.

12.4. Страховщик (Представитель Страховщика) не несет прямой ответственности за качество, своевременность и обоснованность лечения, оказываемого Застрахованным медицинскими организациями, однако претензии Застрахованных направляются непосредственно Страховщику для дальнейшей проверки обоснованности указанных нарушений и вынесения решений по ним.

12.5. За неисполнение обязательств по доле местного содержания Страховщик несет ответственность в виде штрафа в размере 5%, а также пени в размере 0,15% за каждый 1% невыполненного местного содержания, от общей страховой премии на момент заключения Договора, но не более 15 % от общей страховой премии на момент заключения Договора.

12.6. В случае несвоевременного предоставления Страховщиком отчетности по местному содержанию в услугах согласно подпункту 8.3.11 Договора, Страховщик выплачивает Страхователю штраф в размере 5 % от общей страховой премии на момент заключения Договора.

12.7. В случае предоставления недостоверной отчетности по доле местного содержания в услугах, Страховщик выплачивает Страхователю штраф в размере 5 % от общей страховой премии на момент заключения Договора.

12.8. Обязательства по уплате пени и/или штрафа возникают у виновной Стороны с даты получения от другой Стороны письменного требования об уплате пени и/или штрафа. При отсутствии такого письменного требования, обязательства по уплате пени и/или штрафа у виновной Стороны не возникают.

## **13. ФОРС-МАЖОР**

13.1. 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.

13.2. 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.

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

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

#### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

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

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

#### **15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

15.1. 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.

15.2. Оформление документации, необходимой для получения медицинских услуг входит в сумму страховой премии каждого Застрахованного.

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

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

15.5. Все остальные условия, не урегулированные Договором, регулируются в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

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

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

15.8. 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 – Размеры начисления общей страховой премии

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 - Форма отчета о местном содержании в услугах

#### **16. АДРЕСА, ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

**Страховщик**

\_\_\_\_\_

м.п.

**Страхователь**

**ТОО «Семизбай-У»**

Юридический адрес: 020700, Ақмолинская обл.,

Еңбекшілдерский р-н, г. Степняк,

ул. Биржан сал, 34

Фактический адрес: 010000 Астана,

ул. Момышулы, 2/3

РНН 032 500 211 184

БИН 061 240 000 604

IBAN KZ1883201T0250283008

в АО «СИТИБАНК КАЗАХСТАН»

ВІС СІТІКЗКА

тел.: (7172) 317650, 317680

**Генеральный директор**

\_\_\_\_\_ **Батиев Р.А.**

м.п.

**ПРОГРАММА**  
страхования на случай болезни  
для работников ТОО «Семизбай-У»

№ п/п	Наименование программ		Категория 1	Категория 2	Категория 3
	Перечень медицинских услуг	Описание услуг	Лимит покрытия	Лимит покрытия	Лимит покрытия
	<b>Амбулаторно-Поликлиническая Помощь по экстренным и лечебным показаниям</b>				
	Амбулаторное лечение по экстренным и лечебным показаниям	<ul style="list-style-type: none"> <li>• консультации и услуги семейного врача;</li> <li>• доступ к сети Семейных врачей и медицинских сестер, обслуживающих на дому Застрахованных (осмотр, диагностика, назначения, инъекции), обслуживание на дому – осмотр, назначения (в/м инъекции), патронаж медицинской сестры;</li> <li>• консультации и другие профессиональные услуги врачей различных специальностей (по экстренным и плановым показаниям);</li> <li>• диагностические лабораторные и инструментальные исследования по экстренным и плановым показаниям (в том числе иммуноферментные, иммунологические исследования, эндоскопия с биопсией, лучевая диагностика, УЗИ, компьютерные виды исследований);</li> <li>• выписка рецептов на получение лекарственных препаратов в аптеках – участниках медицинской сети;</li> <li>• по назначению семейного врача, в том числе после стационарного лечения – медицинские манипуляции – подкожные, внутривенные, внутримышечные инъекции, перевязки;</li> <li>• забор крови для диагностических лабораторных исследований;</li> <li>• экспресс-анализы крови на сахар крови, лейкоциты;</li> <li>• снятие электрокардиограмм (ЭКГ);</li> <li>• консультации узких специалистов;</li> <li>• выезд семейного врача, медицинской сестры и (или) узких специалистов осуществляется в пределах административных границ городов и областных центров;</li> </ul>			
	Услуги семейного врача (терапевта или педиатра)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• физиотерапевтическое лечение, массаж;</li> <li>• дневной стационар, в условиях поликлиники, включая медикаменты по рецептам врача, в том числе несемейного врача, выписанные по лечебным показаниям после стационарного лечения по страховому случаю;</li> <li>• консультации врачей-специалистов любого профиля по направлению семейного врача;</li> <li>• Выезд семейного врача или узких специалистов на дом при невозможности обращения в лечебное учреждение;</li> <li>• осмотр, консультации врачей-специалистов узкого профиля;</li> <li>• диагностические лабораторные исследования по показаниям: клинические, биохимические, цитологические, бактериологические исследования мазка (бакпосев), исследования иммунного статуса, аллерготесты, ИФА, ПЦР, РИФ;</li> <li>• диагностические инструментальные исследования по показаниям: ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, РЭГ, УЗИ, УЗДГ, рентгенография, флюорография, эндоскопия; компьютерная томография (КТ), или магнитно – резонансная томография (МРТ)</li> <li>• другие диагностические лабораторные и инструментальные исследования для постановки диагноза или установления состояния Застрахованного, если они не являются исключением по договору страхования;</li> <li>• лечебные манипуляции: инъекции, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, оториноларингологические и другие амбулаторные процедуры;</li> <li>• услуги процедурного кабинета.</li> </ul>	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)
		Консультация (прием семейного врача)	полное покрытие	полное покрытие	полное покрытие

	Ведение амбулаторных карт			
	Оформление и выдача направлений на обследование			
	Лечение			
	Контроль за ходом лечения в стационаре			
• массаж	массаж по назначению семейного врача	по 2 курса в год (общий, по 10 сеансов)	по 2 курса в год (общий, по 10 сеансов)	по 2 курса в год (общий, по 10 сеансов)
Стационарное лечение по экстренным и лечебным показаниям	<ul style="list-style-type: none"> <li>• госпитализация в стационар любого профиля по экстренным и плановым показаниям (в том числе иммуноферментные, иммунологические исследования, эндоскопия с биопсией, лучевая диагностика, УЗИ, компьютерные виды исследований), включая доставку с места прописки до места нахождения лечебно-профилактического учреждения и обратно при необходимости;</li> <li>• консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов разного профиля</li> <li>• консервативное/хирургическое лечение</li> <li>• лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, кислород и др.</li> <li>• физиотерапевтическое лечение, занятия ЛФК, массаж предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации</li> <li>• пребывание в платной палате, питание, уход медицинского персонала</li> <li>• госпитализация в стационар любого профиля, включая доставку с места прописки до места нахождения лечебно-профилактического учреждения и обратно при необходимости</li> <li>• размещение в 1-2 местной платной палате, питание, уход медицинского персонала</li> <li>• интенсивная терапия</li> <li>• хирургическая помощь, анестезиология</li> <li>• консультация врачей-специалистов любого профиля по направлению семейного врача</li> <li>• консервативное лечение по экстренным показаниям (лечение хронических заболеваний в стадии обострения)</li> <li>• лабораторная и инструментальная диагностика</li> <li>• медицинские процедуры</li> <li>• предоставление медицинского оборудования (костыли, инвалидная коляска, ходунки и т.д.) на период восстановления после травм</li> <li>• физиотерапевтические процедуры</li> </ul>	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)
	Координация вызова скорой помощи	есть	есть	есть
вакцинация	Вакцинация от гриппа для работника (с выездом в офис сотрудника) в соответствии с эпидемиологической ситуацией в РК	1 раз в год для застрахованного	1 раз в год для застрахованного	1 раз в год для застрахованного
профосмотр	Профилактический осмотр 1 раз в год (для работника): консультация врачей-терапевт, хирург, окулист, ЛОР, гинеколог, уролог, маммолог, невропатолог, эндокринолог; лабораторно-инструментальный минимум, общий анализ мочи, общий анализ крови, ЭКГ, флюорография	1 раз в год для работника	1 раз в год для работника	1 раз в год для работника
	Консультация семейного врача	есть	есть	есть
	Патронаж медицинской сестры по назначению семейного врача и при наличии больничного листа (внутримышечные, подкожные инъекции)	есть	есть	есть
<b>Лекарственные препараты KZT</b>	По рецептам семейного врача (для работников и членов его семьи)	<b>70 000 тенге в год на семью</b>	<b>70 000 тенге в год на семью</b>	<b>70 000 тенге в год на семью</b>
<b>Стоматологическое лечение KZT</b>	терапия (включая установку временных пломб) и хирургия, снятие зубного камня, лечение десен. Исключение: протезирование и косметология	<b>100% - в любой стоматологической клинике мед. сети для работника и застрахованных членов семьи</b>	<b>100% - в любой стоматологической клинике мед. сети для работника и застрахованных членов семьи</b>	<b>80 000 тенге на период страхования, распространяется на работников и застрахованных членов семьи</b>

	Экспертная медицинская деятельность	<ul style="list-style-type: none"> <li>экспертиза временной нетрудоспособности работника;</li> <li>экспертиза состояния здоровья детей для выдачи справок для школы и т.д.</li> </ul>	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)	Полное покрытие в пределах страховой суммы (100%)
	Ведение беременности, физиологические роды, а также роды при акушерских осложнениях, послеродовое наблюдение	Не более 5 случаев за период страхования для Товарищества	Без лимита, для сотрудниц	Без лимита, для сотрудниц	Без лимита, для сотрудниц
	Медицинская помощь за рубежом	<ul style="list-style-type: none"> <li>территория покрытия ВЕСЬ МИР</li> <li>страховая сумма до 50 000 EURO</li> <li>только для сотрудников</li> <li>на условиях полиса по страхованию граждан, выезжающих за рубеж</li> </ul>	Без ограничений	Без ограничений	Без ограничений
	<b>Семейное приращение:</b> не более 4-х человек - супруг(-а) в возрасте до 65 лет, дети в возрасте от 1 года до 18 лет, или родители, проживающие совместно, в возрасте до 70 лет	Бесплатное принятие на страхование членов семьи сотрудника	Бесплатно для 2 членов семьи супруг(-а) в возрасте до 65 лет, дети в возрасте от 1 года до 18 лет, или родители, проживающие совместно	нет	нет
Платное принятие на страхование членов семьи		14 500	14 500	14 500	
	Период страхования, месяцев		<b>12 месяцев</b>	<b>12 месяцев</b>	<b>12 месяцев</b>
	<b>Совокупная страховая сумма по программе, тенге</b>				
	<b>Страховая премия по программе за одного Застрахованного, тенге</b>				
	Территория покрытия		РК, Астана, Алматы	РК, Астана, Алматы	РК, Астана, Алматы
	Порядок оплаты				
	Фактическое количество сотрудников		7	67	471
	Количество бесплатных приращений членов семьи		14	0	0
	Страховая сумма по договору, тенге				
	Страховая премия по договору, тенге				

#### ПРИМЕЧАНИЯ

1. Лимит покрытия в пределах страховой суммы
2. Обслуживание Застрахованных семейными врачами на дому проводится в пределах административной границы населенного пункта
3. При принятии на страхование членов семьи, лимиты и страховая сумма на застрахованного сотрудника становятся общими для всей семьи.
4. При вызове на дом или в офис семейного врача, педиатра, бригады скорой медицинской помощи в случаях, не являющихся страховыми, оплата данной услуги производится наличными средствами Застрахованным согласно прейскуранта цен Представителя Страховщика.
5. Включение членов семьи осуществляется в течение 45 дней с даты начала страховой защиты по Договору.
6. Возможность приращения или замены сотрудников заканчивается за 30 дней до даты окончания периода действия страховой защиты.

от Страховщика

От Страхователя

МП

МП

**Форма заявки на прикрепление новых сотрудников ТОО "Семизбай-У"**  
**Список застрахованных**

№ п/п	Программа страхования	Фамилия	Имя, Отчество	Должность работника	Дата приема	Дата рождения	Дом. адрес	Телефон	Дата начала страхования	Дата окончания страхования	№ договора (контракта)	Страхователь (указать наименование компании)	ИНН (заполнять обязательно)	Регион обслуживания	Регион страхования	Сумма страховой премии	№ удостовер-я личности

Список медицинских организаций, аптек

№	Наименование медицинской организации	Виды оказываемых медицинских услуг	Особенности	Адрес	Телефон
<b>регион</b>					
<b>Амбулаторно -поликлиническая помощь</b>					
<b>Амбулаторно - стационарная помощь</b>					
<b>Стационарная помощь</b>					
<b>Стоматологические услуги</b>					
<b>Аптеки</b>					

Приложение 4 к Договору добровольного страхования на случай болезни  
от \_\_\_\_\_ 2017г. № \_\_\_\_\_

**Расчет общей страховой премии, общей страховой суммы**

Страховая премия на одного работника по программе «\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге,  
«\_\_\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге

Расчет: «\_\_\_» \_\_\_ (работников)\* \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ тенге.

Расчет: «\_\_\_\_\_» \_\_\_ (работников)\* \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ тенге.

Общая страховая премия по Договору составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге.

Страховая сумма на одного работника по программе «\_\_\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге:

Расчет: «\_\_\_» \_\_\_ (работников)\* \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ тенге.

Общая страховая сумма \_\_\_\_\_ (сумма прописью) тенге.

от Страховщика:

от Страхователя:  
Генеральный директор

\_\_\_\_\_ /

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. доброкачественные опухолевые процессы, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
4. заболевания эндокринной системы: диабет сахарный, диабет несахарный, ожирение, феохромоцитома, болезнь Вильсона, болезнь Аддисона, синдром Кушинга, гипотиреоз - тяжелое течение, хронический гипокортицизм и др., за исключением случаев, предусмотренных Договором;
5. системные заболевания соединительной ткани: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия, узелковый периартериит, синдром Бехчета, ревматоидный артрит;
6. болезнь Бехтерева;
7. наследственные заболевания: муковисцидоз, фенилкетонурия, и др.;
8. наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц, болезнь (синдром) Паркинсона, миастения, миопатия, мозжечковая атаксия Мари, гипофизарный нанизм и др.;
9. демиелинизирующие заболевания нервной системы: болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сириногомиелия, боковой амиотрофический склероз;
10. хронические кожные заболевания: экзема, ихтиоз, псориаз, аллопеция и др.
11. психические заболевания либо состояния: шизофрения, олигофрения, маниакально-депрессивные состояния и др.;
12. эпилепсия;
13. детский церебральный паралич;
14. врожденные пороки развития;
15. бронхиальная астма, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
16. аллергические заболевания вне стадии обострения, аллергодиагностика, лечение методом специфической гипосенсибилизации;
17. острые и хронические лучевые поражения;
18. профессиональные заболевания (пневмокониозы, саркоидозы и др.);
19. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью,
20. хронические гепатиты и циррозы печени
21. хронические заболевания в стадии ремиссии (вне обострения), если иное не предусмотрено Договором;
22. алкогольная, наркотическая и другие виды интоксикаций; явившиеся следствием сознательного употребления Застрахованным напитков (препаратов, токсинов);
23. искусственное прерывание беременности (аборты) и последствия, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
24. 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 любом городе 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 пародонтита;
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, плазмсорбция, плазмофильтрация, 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-, термпунктурная, 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, гидроколлотерапия, 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. по трансплантации органов и тканей, в том числе эндопротезирование, хирургическое вмешательство на сердце (аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма и т.д.), реконструктивные операции, и расходы по устранению (коррекции) их последствий;
14. на услуги по планированию семьи, в том числе ПЦР-, ИФА-, РИФ-диагностика с целью определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;
15. 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;
16. 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:**

1. контрацептивные препараты;
2. биологически активные добавки, пищевые добавки, биологические стимуляторы (например, настойка женьшеня);
3. гомеопатические средства;
4. анорексантные средства;
5. косметические средства;
6. 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.

**от Страховщика:**

**от Страхователя:  
Генеральный директор**

\_\_\_\_\_

М.П.

**Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая**

При наступлении страхового случая Застрахованный должен обратиться к врачу-координатору/семейному врачу 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 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.

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.

**от Страховщика:**

**от Страхователя:  
Генеральный директор**

\_\_\_\_\_  
М.П.

**Табель начисления страховой премии**

Количество дней по страховой защите	% от страховой премии	Количество дней по страховой защите	% от страховой премии
1	5	154-156	53
2	6	157-160	54
3-4	7	161-164	55
5-6	8	165-167	56
7-8	9	168-171	57
9-10	10	172-175	58
11-12	11	176-178	59
13-14	12	179-182(6месяцев)	60
15-16	13	183-187	61
17-18	14	188-191	62
19-20	15	192-196	63
21-22	16	197-200	64
23-25	17	201-205	65
26-29	18	206-209	66
30-32(1 месяц)	19	210-214(7месяцев)	67
33-36	20	215-218	68
37-40	21	219-223	69
41-43	22	224-228	70
44-47	23	229-232	71
48-51	24	233-237	72
52-54	25	238-241	73
55-58	26	242-246(8месяцев)	74
59-62	27	247-250	75
63-65	28	251-255	76
66-69	29	256-260	77
70-73	30	261-264	78
74-76	31	265-269	79
77-80	32	270-273(9месяцев)	80
81-83	33	274-278	81
84-87	34	279-282	82
88-91(3месяца)	35	283-287	83
92-94	36	288-291	84
95-98	37	292-296	85
99-102	38	297-301	86
103-105	39	302-305(10 месяцев)	87
106-109	40	306-310	88
110-113	41	311-314	89
114-116	42	315-319	90
117-120	43	320-323	91
121-124(4 месяца)	44	324-328	92
125-127	45	329-332	93
128-131	46	333-337(11месяцев)	94
132-135	47	338-342	95
136-138	48	343-346	96
139-142	49	347-351	97
143-146	50	352-355	98
147-149	51	356-360	99
150-153(5месяцев)	52	361-365(12 месяцев)	100

**Страхователь:**

**Страховщик:**

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
М.П.

**Отчетность по местному содержанию в работах/услугах**

№ п/п Договора (m)	Стоимость Договора (СДj) KZT	Суммарная стоимость товаров в рамках договора (СТj) KZT	Суммарная стоимость договоров субподряда в рамках договора (ССДj) KZT	Kj - коэффициент равный 1, если ККП по j-ому договору составляет не менее 95%, и равен 0, если ККП по j-ому договору составляет менее 95%;	№ п/п Товара (i)	общее количество товаров, закупленных в целях исполнения j-ого договора (n)	Цена товара KZT	Стоимость (СТi) KZT	Доля МС согласно Сертификата СТ-KZ (Mi) %	Сертификат СТ-KZ		Общая численность сотрудников поставщика	Численность сотрудников в поставщика - граждан Республики Казахстан
										Номер	Дата выдачи		
1					1								
2					2								
m					N								
<b>ИТОГО</b>													

Доля местного содержания рассчитывается согласно Единой методике расчета организациями местного содержания, утвержденной приказом Министра по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 30 января 2016 года № 138, по следующей формуле:

$$MC_{p/y} = 100\% * \frac{\sum_{j=1}^m ((CД_j - CТ_j - CCД_j) * K_j + \sum_{i=1}^n (CТ_i * M_i))}{S}$$

где: m - общее количество j-ых договоров, заключенных в целях выполнения работы (оказания услуги), включая договор между заказчиком и подрядчиком, договоры между подрядчиком и субподрядчиками;

j - порядковый номер договора, заключенного в целях выполнения работы (оказания услуги);

СДj - стоимость j-ого договора;

СТj - суммарная стоимость товаров, закупленных поставщиком или субподрядчиком в целях исполнения j-ого договора;

ССДj - суммарная стоимость договоров субподряда, заключенных в целях исполнения j-ого договора;

Kj - коэффициент равный 1, если ККП по j-ому договору составляет не менее 95%, и равен 0, если ККП по j-ому договору составляет менее 95%;

n - общее количество наименований товаров, закупленных поставщиком или субподрядчиком в целях исполнения j-ого договора;

i - порядковый номер товара, закупленного поставщиком или субподрядчиком в целях исполнения j-ого договора;

СТi - стоимость i-ого товара;

Mi - доля местного содержания в товаре, указанная в сертификате о происхождении товара формы «СТ-KZ»;

Mi = 0, в случае отсутствия сертификата о происхождении товара формы «СТ-KZ» если иное не установлено пунктом 7 настоящей Единой методике расчета организациями местного содержания при закупке товаров, работ и услуг; S - общая стоимость договора;

Доля местного содержания (%): **\*\*MC<sub>p/y</sub> = \_\_\_\_\_**

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

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

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

**Страхователь**  
**Генеральный директор**

\_\_\_\_\_ Р.А. Батиев

**Страховщик**

\_\_\_\_\_

