

Договор №
О закупке услуг добровольного медицинского страхования работников

г. Усть-Каменогорск

« ____ » _____ 2017 года

_____, именуемое в дальнейшем «**Страхователь**», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «**Страховщик**», в лице _____, действующего на основании доверенности, в дальнейшем совместно именуемые «**Стороны**», заключили Договор закупки услуг добровольного медицинского страхования работников (далее – Договор) о нижеследующем:

1. **Договор** - означает настоящее Соглашение, достигнутое между Страхователем и Страховщиком, зафиксированное в письменной форме и подписанное Сторонами со всеми Приложениями и Дополнениями к нему, а также со всей необходимой документацией, на которую в Договоре есть ссылки.

2. **Общая сумма Договора** - означает сумму, которая должна быть уплачена Страхователем по Договору за полное и надлежащее исполнение им всех своих обязательств по Договору.

3. **Услуги** – означают услуги по добровольному страхованию работников Страхователя.

4. **Претензия** – означает уведомление, письмо, направленные одной Стороной другой Стороне в случае неисполнения и/или ненадлежащего исполнения обязательств по Договору.

1. Общие положения

1.1 Настоящий договор заключен в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

1.2 По Договору Страхователь обязуется уплатить Страховщику страховую премию, а Страховщик в свою очередь обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в пределах определенной Договором страховой суммы.

1.3 Объектом медицинского страхования являются интересы физических лиц (Застрахованных) связанные с риском наступления страхового случая - заболевания. Заболевание означает любое поддающееся обнаружению негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного в течение действия Договора с учетом определений и исключений, предусмотренных Договором и условиями тендерной документации. Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя обязательства по организации и финансированию Медицинского обслуживания, предоставляемого Застрахованному и/или возмещению расходов Застрахованного в связи с Заболеванием в соответствии с Договором и соответствующей Программой страхования Застрахованного в соответствии с Приложением ____ к Договору.

1.4 Застрахованными являются сотрудники Страхователя, указанные в Списке Застрахованных лиц (далее - Список Застрахованных), предоставленных Страхователем Страховщику.

1.5 Общее количество Застрахованных на момент вступления Договора в силу составляет ____ сотрудников.

1.6 Страхователь имеет право вносить изменения в Список Застрахованных, но не позднее, чем за 45 (сорок пять) дней до срока окончания Договора.

1.7 Договор заключается без предварительного профилактического осмотра Застрахованных.

2 Термины и определения

2.1 **Застрахованный (Выгодоприобретатель)** - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание. **Застрахованными не могут быть:**

2.1.1 ВИЧ-инфицированные;

2.1.2 лица, имеющие злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования;

2.1.3 лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно- венерологических диспансерах;

2.1.4 лица, являющиеся инвалидами 1 и 2 групп;

2.1.5 лица старше 68 лет;

2.1.6 лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем

(бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность II-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);

2.1.7 лица с циррозом печени и с заболеваниями хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности.

2.2 Медицинское обслуживание - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг и продаже фармацевтических препаратов Застрахованному Поставщиками медицинских услуг в связи с Заболеванием.

2.3 Страховая премия - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных в соответствии с выбранной Программой страхования.

2.4 Поставщики медицинских услуг – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.

2.5 Уполномоченные поставщики медицинских услуг – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных, в соответствии с Приложением №2 к Договору.

2.6 Медицинская пластиковая карточка – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком Застрахованному в соответствии с Договором, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество (по необходимости) Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны CALL-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного или свидетельства о рождении.

Срок действия медицинской пластиковой карточки – 365 календарных дней.

2.7 Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

2.8 Страховой случай - обращение Застрахованного в течение срока действия Договора к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования Застрахованного в связи с Заболеванием, а также в связи с предупреждением Заболевания и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного по Медицинскому обслуживанию.

2.9 Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы - если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая.

2.10 Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

3 Страховая сумма. Страховая премия

3.1 Страховая сумма на каждого Застрахованного сотрудника в соответствии с Программой страхования Застрахованного составляет _____ () тенге, без НДС.

3.2 **Общий лимит по медицинским услугам не менее _____ тенге без НДС.**

Общая страховая сумма премии по Договору составляет: _____ тенге, без учета НДС. Страховая сумма премии по договору на одного человека составляет _____ тенге без НДС.

3.3 Оплата страховой премии осуществляется равными долями по следующим условиям:

- 1) Первый взнос с момента подписания договора в течение второго месяца периода действия страховой защиты,
- 2) Второй взнос с момента подписания договора в течение пятого месяца периода действия страховой защиты,
- 3) Третий взнос с момента подписания договора в течение восьмого месяца периода действия страховой защиты,

4) Четвертый взнос с момента подписания договора в течение двенадцатого месяца периода действия страховой защиты.

3.4 Оплата проводится Страхователем путем перечисления денег на банковский счет Страховщика в течение 15 (пятнадцати) банковских дней, после предоставления счет-фактуры (с указанием в нем номера и даты заключения Договора).

4 Исключения из страховых случаев

4.1 Не является Заболеванием и/или страховым случаем, согласно условиям Договора, если иное не указано в программе страхования:

4.1.1 Все заболевания, указанные в приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения», а именно:

- 1) карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция;
- 2) особо опасные инфекции: инфицирование вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;
- 3) паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия;
- 4) воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;
- 5) острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;
- 6) психические заболевания;
- 7) злокачественные новообразования;
- 8) онкогематологические заболевания;
- 9) венерические заболевания (сифилис, гонорея).

4.2.1. Алкоголизм, наркомания, токсикомания, чесотка.

4.2.2. Кожные заболевания (псориаз, экзема, опоясывающий лишай, микозы, алопеции, витилиго), за исключением первичного приема и однократных исследований до постановки диагноза.

4.2.3. Пластические операции, косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, хирургическое изменение пола, коррекция веса, лечение нарушений осанки (сколиозы, кифозы и т.д.).

4.2.4. Эндокринные заболевания: сахарный диабет, за исключением первичного приема и однократных исследований до постановки диагноза.

4.2.5. Диагностика и лечение бесплодия, нарушения менструального цикла, импотенции, все методы контрацепции.

4.2.6. Диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем, за исключением первичного приема и однократных исследований до постановки диагноза.

4.2.7. Подбор, приобретение и ремонт корректирующей техники (очки, линзы, костыли, слуховые аппараты и др.) Заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей.

4.2.8. Диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, ДЦП.

4.2.9. Аллергопробы, за исключением первичного приема и однократных исследований до постановки диагноза

4.2.10. Неврологические заболевания: болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, эпилепсия, полиомиелит, последствия и осложнения перенесенного нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия.

- 4.2.11. Хроническая почечная недостаточность и печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа; проведение плазмофореза и гемосорбции, за исключением первичного приема и однократных исследований до постановки диагноза.
- 4.2.12. Нетрадиционные методы диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикулодиагностика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, грязелечение, УФО крови, аутогемотерапия, вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, флотинг - ванны, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия,
- 4.2.13. Профессиональные заболевания - заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды; хронические заболевания вне стадии обострения.
- 4.2.14. Заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования.
- 4.2.15. Заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом военных действий или непосредственного участия Застрахованного в общественных беспорядках, забастовках, народных волнениях различного рода.
- 4.2.16. Травма и заболевание, являющиеся последствием алкогольного или наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача.
- 4.2.17. Умышленное причинение телесных повреждений, в том числе покушение на самоубийство.
- 4.2.18. Травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в отношении которых судом установлены признаки уголовного преступления.
- 4.2.19. Заболевания или травмы, являющиеся результатом занятия профессиональным или любительским спортом, в том числе занятие альпинизмом, спелеологией, участие в скачках, автогонках, управлении летательного аппарата, участие в различные рода испытаниях.
- 4.2.20. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 4.2.21. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок для выезда за рубеж, если иное не предусмотрено Программой страхования.
- 4.2.22. Расходы, связанные с прерыванием беременности (медицинские и медикаментозные аборты), за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованного.
- 4.2.23. Расходы на проведение диагностических исследований ИФА или ПЦР более 6 показателей за весь период страхования, на бактериологическое исследование на дисбактериоз более 3-х раз за весь период страхования.
- 4.2.24. Хронические гепатиты любой этиологии.
- 4.2.25. Выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованным.
- 4.2.26. Расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением, если иное не предусмотрено Программой страхования.
- 4.2.27. Приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы и т.д.).
- 4.3 Не включаются в Страховое покрытие (не является Страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:
 - 4.3.1 контрацептивные препараты;
 - 4.3.2 противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;
 - 4.3.3 биологические активные добавки;
 - 4.3.4 гомеопатические препараты;
 - 4.3.5 анорексантные средства;
 - 4.3.6 косметические средства;
 - 4.3.7 биологические стимуляторы (типа настойки женьшеня и др.).

4 Права и обязанности Сторон

- 5.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

- 5.1.1 получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора и о Программах страхования, а также о порядке предоставления Медицинского обслуживания и об Уполномоченных поставщиках медицинских услуг;
- 5.1.2 получать Медицинское обслуживание, предусмотренное Договором и соответствующей Программой страхования, оплаченное Страховщиком, или возмещение расходов на Медицинское обслуживание, полученное в соответствии с Договором и соответствующей Программой страхования;
- 5.1.3 обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;
- 5.1.4 обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
- 5.1.5 досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
- 5.1.6 осуществлять контроль над выполнением условий Договора;
- 5.1.7 осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Договором;
- 5.2 Страхователь (Застрахованный) обязан:
- 5.2.1 при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования в соответствии с запросом (анкетой) Страховщика;
- 5.2.2 уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 5.2.3 при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном пунктом 8.1. Раздела 8 Договора;
- 5.2.4 соблюдать условия Договора, назначения и предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения Заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение этого требования может служить основанием для отказа в Страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием доказанного нарушения таких назначений и предписаний, режима и распорядка;
- 5.2.5 заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее другим лицам с целью получения такими лицами Медицинского обслуживания; при утере медицинской пластиковой карточки немедленно после обнаружения этого факта известить Страховщика;
- 5.2.6 при откреплении Застрахованных, в связи с прекращением с сотрудником трудовых отношений, уведомить Страховщика о прекращении страхования в отношении вышеуказанного сотрудника, чем в течение 5 (пяти) рабочих дней после прекращения трудовых отношений с сотрудником. В случае несвоевременного предоставления вышеуказанной информации Страхователь обязан возместить Страховщику расходы по Медицинскому обслуживанию открепленных Застрахованных, произведенные в период после прекращения трудовых отношений с сотрудником и до момента уведомления Страховщика;
- 5.2.7 предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 5.2.8 предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.
- 5.3 Страховщик имеет право:
- 5.3.1 запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного;
- 5.3.2 направлять запросы соответствующим Поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
- 5.3.3 самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- 5.3.4 требовать от Застрахованного заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или направить Застрахованного для прохождения медицинского обследования для оценки фактического состояния его здоровья (за счет Страховщика). В случае обнаружения предоставления недостоверной информации в анкете или отказа Застрахованного пройти медицинское обследование, Страховщик имеет право прекратить или ограничить действие страхового покрытия в отношении такого Застрахованного;
- 5.3.5 требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;

5.3.6 отказать в страховой выплате, если Застрахованный не представил документы, подтверждающие получение Медицинского обслуживания, либо в других случаях необоснованных требований.

5.4. Страховщик обязан:

5.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованного) с Правилами страхования;

5.4.2 при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором;

5.4.3 возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;

5.4.4 обеспечить тайну страхования;

5.4.5 в течение 7 (семи) рабочих дней после уплаты страховой премии, выдать Страхователю (Застрахованному) медицинские пластиковые карточки по Акту приема - передачи медицинских пластиковых карточек (Приложение №4);

5.4.6 обеспечить Застрахованных страховой защитой на территорию Республики Казахстан, или территорию, определенную соответствующей Программой страхования Застрахованного;

5.4.7 по письменному запросу Страхователя, в течение 7 (семи) рабочих дней после получения запроса, представлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия Договора и по моменту запроса.

5.4.8 организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Медицинских поставщиков;

5.4.9 Уведомить Страхователя в течение 5 (пяти) рабочих дней о недостающих документах, необходимых для осуществления Страховой выплаты.

5.4.10 В случаях непредставления Страхователем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить его о недостающих документах в течение 5 (пяти) рабочих дней.

5.4.11 Страховщик обязан предоставить Страхователю оригиналы договоров с медицинскими учреждениями, указанные в приложении 2 к договору и предусмотренные условиями тендерной документации, в течение 3-х рабочих дней с момента заключения настоящего договора.

5.4.12 Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные положениями законодательства Республики Казахстан.

6. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора

6.1. Значительным увеличением страхового риска является выявление у Застрахованного какого - либо хронического заболевания, либо обстоятельства, включенного в список исключений из страховых случаев или Заболеваний, предусмотренных пунктом 4.1 Договора, не известных Страховщику до момента заключения Договора. Такое увеличение страхового риска может быть выявлено на основе анкетирования, медицинского лечения, в ходе Медицинского обслуживания и на основе информации Застрахованного, либо на основе других фактических данных. Хроническим заболеванием является расстройство здоровья, имеющее хотя бы один из следующих признаков:

- 1) является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
- 2) ведет к частичной нетрудоспособности;
- 3) причиной являются необратимые патологические изменения;
- 4) требует специального режима пациента для реабилитации;
- 5) ожидается, что потребует длительного периода надзора, наблюдения или ухода.

6.2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать прекращения страхового покрытия в отношении такого Застрахованного, либо оплаты Застрахованным расходов на Медицинское обслуживание, предоставленного по хроническим и исключенным заболеваниям.

6.3. Страховщик не вправе требовать изменений условий Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

7. Условия внесения изменений и дополнений в список Застрахованных

7.1 Если Страхователь желает внести изменения или дополнения в Список Застрахованных (например, при приеме или увольнении сотрудников), он должен в письменной форме уведомить Страховщика о внесении таких изменений и дополнений не позднее 5 (пять) рабочих дней после внесения таких изменений, дополнений, но не позднее, чем за 45 (сорок пять) календарных дней

до момента окончания Договора. Дополнение вновь принятых сотрудников Страхователя декларируется путем передачи списков Страховщику по электронной почте по факту принятия на работу. Информацию о Сотрудниках, с которыми прекращены трудовые отношения, Страхователь передает Страховщику по факту прекращения трудовых отношений по электронной почте.

7.2 Изменения и дополнения в Список Застрахованных вступают в силу после подписания изменений и дополнений к Договору уполномоченными представителями Сторон. С момента вступления в силу изменений и дополнений в Список Застрахованных осуществляется перерасчет страховой премии следующим образом:

7.2.1. если Застрахованный не обращался за Медицинским обслуживанием в период страхования, Страховщик осуществляет возврат части Страховой премии в следующем порядке: Страховщик возвращает Страхователю уплаченные им Страховые премии за такого Застрахованного (ых) пропорционально не истекшему периоду действия страховой защиты

7.2.2. если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных (по основанию прекращения трудового договора), не воспользовался Медицинским обслуживанием, Страхователь имеет право провести замену Застрахованного, т.е. включить в страховое покрытие вновь принятого сотрудника вместо сотрудника, с которым прекращены трудовые отношения, без доплаты страховой премии, при условии страхования такого нового Застрахованного по аналогичной Программе страхования.

7.3. Страховщик и Страхователь осуществляют взаиморасчет по страховой премии в связи с внесенными изменениями и дополнениями в Список Застрахованных в течение 5 (пяти) банковских дней после окончания месяца, в котором были подписаны соответствующие Дополнения к Договору.

7.4 Страховое покрытие в отношении Застрахованного, исключенного из Списка Застрахованных, прекращается с 00 ч 00 мин дня, следующего за датой уведомления Страховщика о прекращении трудовых отношений с сотрудником и исключении из списка Застрахованных, в соответствии с подпунктом 5.2.7. пункта 5.2. Раздела 5 и пунктом 7.1. Раздела 7 Договора. Медицинская пластиковая карточка такого Застрахованного считается недействительной с момента уведомления Страховщика и подлежит возврату Страховщику.

7.5 Страховое покрытие Застрахованного, включенного в Список Застрахованных, начинается с 00 ч. 00 мин. дня, следующего за датой подписания соответствующего Дополнения к Договору. Страховщик выпускает медицинскую пластиковую карточку Застрахованному, включенному в Список Застрахованных, в течение 7 (семи) календарных дней с момента подписания Договора.

7.6 Если после даты исключения Застрахованного из списка Застрахованных и до даты возврата медицинской пластиковой карточки такого Застрахованного, произошел страховой случай, и Страховщик произвел страховую выплату, Застрахованный возмещает стоимость фактически произведенной страховой выплаты.

8. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

8.1 При возникновении Заболевания Застрахованный уведомляет о наступлении страхового случая одним из следующих способов:

- 1) обращается к Страховщику за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Страховщика, телефон которого указан на медицинской пластиковой карточке. Страховщик либо организует прием врача, либо в экстренных случаях направляет семейного или дежурного врача на дом или рабочее место, либо другое местонахождение Застрахованного в пределах административных границ городов Республики Казахстан.
- 2) уведомляет Страховщика об обращении за Медицинским обслуживанием к Уполномоченному поставщику медицинских услуг, позвонив в CALL-центр Страховщика. Если такое Медицинское обслуживание должно быть оплачено Страховщиком (а не за наличный расчет), такое уведомление должно быть сделано не позднее, чем за 6 часов до времени назначенного приема врача, с 9-00 до 17-30 в рабочие дни (с понедельника по пятницу);
- 3) в случае экстренного вызова скорой помощи 03, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано Застрахованным, родственниками Застрахованного или врачом скорой помощи по телефону CALL-центра Страховщика;
- 4) в случае выезда за рубеж (рабочая командировка) - письменно (по электронной почте, нарочным, подачей заявления или другим письменным образом), не позднее, чем за 2(два) рабочих дня до выезда уведомляет Страховщика с предоставлением следующей

информации - срок и страна(ы) поездки, фамилия и имя на английском языке в соответствии с данными паспорта, дата рождения, номер паспорта и ИИН - требуемой для выпуска соответствующей страховой документации и активизации страхового покрытия за рубежом. Порядок получения Медицинского обслуживания за рубежом оговаривается в страховом сертификате выезжающего за рубеж.

8.2 Если Застрахованный не уведомит Страховщика о страховом случае или о выезде за рубеж в порядке, описанном в пункте 8.1. Раздела 8 Договора, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

8.3 Медицинское обслуживание, назначенное семейным либо другим врачом в связи с Заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен в соответствии с пунктом 8.1. Раздела 8 Договора, считается страховым случаем при условии включения таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями Договора и соответствующей Программы страхования Застрахованного. В случае получения Медицинского обслуживания у Уполномоченных Поставщиков медицинских услуг, Страховщик оплачивает стоимость Медицинского обслуживания непосредственно такому Поставщику медицинских услуг. В остальных случаях – возмещает сумму затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с пунктом 8.4 Раздела 8 Договора на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат)

8.4 Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:

- 1) копии выписки из истории болезни Застрахованного (амбулаторного или стационарного лечения), заверенные личной печатью врача и медицинского учреждения;
- 2) копии медицинских заключений лечащих врачей, копии рецептурных бланков, стоматологические заказ-наряды, копии заключений рентгенологов, и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;
- 3) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, консультаций врачей, их количества и стоимости;
- 4) для получения возмещения затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания - заявление Страхователя в соответствии с Приложением №6 с приложением документов, указанных в подпунктах 1-3 пункта 8.4. настоящего Раздела. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный.

8.5 Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного и/или Поставщика медицинских услуг, предоставивших Медицинское обслуживание, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно.

8.6 Возмещение по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению доверенности от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности. Если такое уполномоченное лицо не является членом семьи Застрахованного, получающего возмещение, доверенность от Застрахованного должна быть заверена по месту работы Застрахованного (отделом кадров, управлением по работе с персоналом или др.), либо нотариально.

9. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

9.1 Выгодоприобретателем по Договору является Застрахованный и/или Поставщик медицинских услуг.

9.2 Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 8.4 Раздела 8 Договора, согласно Программам страхования и Договора. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в пункте 8.4 Раздела 8 Договора и произвести выплату в течение 5 календарных дней застрахованному либо медицинскому учреждению согласно предоставленных документов.

9.3 Страховщик имеет право за свой счет провести экспертизу назначенного Застрахованному объема и качества Медицинского обслуживания и назначить дополнительное медицинское обследование для установления состояния здоровья Застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.

9.4 Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующего Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со Страховым случаем, непосредственно Уполномоченным поставщикам медицинских услуг или путем возмещения затрат Застрахованного на Медицинское обслуживание, полученное в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.

9.5 Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам Медицинского обслуживания в течение всего периода действия Договора, осуществленных в пользу Застрахованного или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной Программой страхования Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. Если общая страховая сумма, установленная Программой страхования Застрахованного исчерпана, обязательства Страховщика в отношении такого Застрахованного по Договору прекращаются. Если исчерпана страховая сумма по соответствующему виду Медицинского обслуживания, Страховщик прекращает осуществление страховых выплат по такому виду Медицинского обслуживания.

9.6 Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

- 1) войны, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 2) мятежа, забастовки, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунта, гражданских волнений, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества;

9.7 Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:

- 1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
- 3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;
- 5) когда доказано, что Застрахованный не выполнял назначения и предписания лечащего врача или нарушал определенный лечащим врачом больничный или амбулаторный режим.
- 6) обращение Застрахованного за медицинским обслуживанием по заболеванию и его последствий наступивших до начала срока страхования/после окончания срока страхования;
- 7) обращение Застрахованного в связи с Заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая в соответствии с Разделом 4 Договора или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая в соответствии с пунктом 8.1 Раздела 8 Договора;
- 8) референс-исследования, т.е. случаи обращения Застрахованного к более, чем двум различным поставщикам медицинских услуг по одному и тому же страховому случаю (Заболеванию) и по одному и тому же виду услуг.

9.8 Страховщик не производит страховую выплату за:

- 1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), неустойку, упущенную выгоду;
- 2) моральный вред;
- 3) судебные издержки.

9.9 В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Застрахованный обязан возместить Страховщику разницу в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

9.10 В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Застрахованный обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

10 Местное содержание

10.1 Доля местного содержания в Услугах, оказываемых Страховщиком, составляет 100 %.

11 Ответственность Сторон по Договору

11.1 За нарушение установленных сроков оплаты по Договору Стороны уплачивают пеню в размере 0,01% от суммы начисленных, но не уплаченных платежей, за каждый день просрочки, но не более 0,5% от общей суммы страховой премии по Договору.

11.2 За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность перед Страхователем/ Застрахованным в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

11.3 Страхователь вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения условий договора Страховщиком.

11.4 В иных случаях, не предусмотренных Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РК.

11.5. В случае необоснованного одностороннего отказа Страховщика от исполнения настоящего Договора Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере 10 % от суммы Договора.

11.6.5.2. За несвоевременное оказание услуг Страховщиком, начисляется неустойка в размере 0,1 % от стоимости не оказанных услуг за каждый день просрочки, но не более 5% от суммы неисполненного обязательства.

11.7. В случае несвоевременной оплаты, Страхователь уплачивает Страховщику неустойку в размере 0,1 % от подлежащей к уплате суммы, за каждый день просрочки, но не более 5% от суммы, подлежащей к оплате.

12. Условия оплаты страховой премии

Оплата страховой премии производится следующим образом: 30% от общей суммы страховой премии перечисляется Страхователем на расчетный счет Страховщика в течение 10 (Десять) рабочих дней с даты подписания договора, на основании выставленного Страховщиком счета на оплату, оплата последующих 30% от общей суммы страховой премии перечисляется на счет Страховщика по истечении трех месяцев с даты подписания договора, на основании выставленного счета на оплату. Оплата оставшихся 40% от общей суммы страховой премии перечисляется Страхователем на счет Страховщика по истечении шести месяцев с даты подписания договора, на основании выставленного счета на оплату.

13 Срок и территория действия Договора

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

13.2. Период действия страховой защиты по программам добровольного страхования на случай болезни начинается с момента подписания договора и действует 12 месяцев, **а в части взаиморасчетов – до их полного завершения.**

13.3. Действие страховой защиты распространяется на территорию Республики Казахстан, или на территорию, определенную соответствующей Программой страхования Застрахованного.

14 Прочие условия Договора

14.1 По взаимному соглашению Стороны вправе вносить соответствующие изменения и дополнения в Договор путем заключения дополнительного соглашения. Все изменения, дополнения и приложения к Договору действительны и являются его неотъемлемой частью, только если совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными представителями Сторон и скреплены печатями Сторон.

14.2 Действие Договора прекращается в случаях, предусмотренных Договором, Правилами страхования и законодательством Республики Казахстан.

14.3 При досрочном расторжении Договора Страховщик возвращает Страхователю, уплаченные им страховые премии пропорционально не истекшему периоду страховой защиты, а также за вычетом произведенных страховых выплат в отношении данного объекта страхования по Договору.

14.4 Страхователь вправе требовать замены координатора в случае выявления нарушений/несоответствий в качестве оказания услуг.

15 Форс-мажор

15.1 В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), а именно: стихийных явлений, военных действий и т.п., срок исполнения обязательств Сторон по Договору приостанавливается до момента прекращения таких обстоятельств.

15.2 Сторона Договора, для которой исполнение договорных обязательств становится невозможным, обязана незамедлительно направить письменное уведомление другой Стороне, не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня их наступления, с приложением подтверждения уполномоченных органов. При прекращении обстоятельств непреодолимой силы Сторона уведомляет об этом другую Сторону в течение 10 (десяти) рабочих дней.

15.3 Не уведомление или несвоевременное уведомление Стороной о невозможности исполнения своих обязательств по Договору, не приложение подтверждения уполномоченных органов лишает виновную Сторону права на освобождение от обязательств, вследствие обстоятельств непреодолимой силы.

15.4 В случае, когда форс-мажорные обстоятельства или их последствия продолжают действовать более одного месяца и если при наступлении данных обстоятельств становится ясным, что они будут действовать более этого срока, Стороны проводят переговоры с целью выявления приемлемых для них способов исполнения Договора или его расторжения. При расторжении Договора Стороны производят взаиморасчеты.

16 Порядок рассмотрения споров

16.1 Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по Договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

16.2 В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в Специализированном межрайонном экономическом суде.

17 Прочие условия

17.1. Договор является целостным документом со всеми его Приложениями и все его разделы, статьи сохраняют свою юридическую силу при утрате юридической силы какого-либо раздела, статьи, пункта.

16.2. Договор составлен на русском языке, в 2 (двух) экземплярах для каждой из Сторон.

16.3. Страхователь может в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора и требовать возмещения убытков в случае представления Страховщиком недостоверной информации по доле местного (казахстанского) содержания.

16.4 Взаимоотношения Сторон, не предусмотренные Договором, регулируются действующим законодательством Республики Казахстан.

18 Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон:

СТРАХОВАТЕЛЬ

СТРАХОВЩИК