

Проект договора
О закупке услуг добровольного медицинского страхования работников

г. Усть-Каменогорск

« ____ » _____ 2018 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. Страховым случаем является возникновение расходов Застрахованного в результате его обращения (в период действия страховой защиты) в медицинские учреждения и (или) к врачам медицинской сети Страховщика, за получением консультативной, лечебной, иной медицинской помощи и (или) приобретением медицинских препаратов (далее – медицинские услуги) в связи острым заболеванием, обострением хронического заболевания или травмой, и возмещаемых Страховщиком в соответствии с условиями Договора и технической спецификацией.

1.2. Возникновение расходов Застрахованного, связанных с получением медицинской помощи, относится к страховому случаю при условии, что медицинские услуги:

1.2.1. предоставлялись медицинскими учреждениями медицинской сети Страховщика (кроме случаев, предусмотренных Договором) и в соответствии с медицинскими показаниями;

1.2.2. являлись необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.

1.3. Медицинскую сеть Страховщика представляют учреждения, указанные в технической спецификации к настоящему Договору.

1.4. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться в сервисную компанию, организующую предоставление услуг медицинской сетью Страховщика, по контактам, указанным в страховой Карточке медицинского обслуживания (далее – Карточка).

1.5. Настоящим Договором покрываются медицинские расходы Застрахованного, в том числе на амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарное лечение и иные, предусмотренные технической спецификацией медицинские услуги.

1.6. Амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям – медицинская помощь, оказанная Застрахованным в условиях амбулатории (поликлиники) для лечения возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи.

1.7. Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям включают в себя прием семейного врача, экстренные консультативно-диагностические мероприятия и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза и направленные на немедленное купирование экстренного состояния.

1.8. Экстренными показаниями для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

1.8.1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца);

1.8.2. кровотечения;

1.8.3. травмы (переломы, ушибы и т.д.);

1.8.4. гипертермия выше 38,5°С;

- 1.8.5. абсцесс, панариций, иные гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
- 1.8.6. ожоги и обморожения 1-2 степени;
- 1.8.7. острые аллергические состояния: крапивница, аллергический дерматит;
- 1.8.8. гипертонические кризы (неосложненные).
- 1.9. Стационарное лечение - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение.
- 1.10. Стационарное лечение по лечебным показаниям - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение по заболеваниям, не требующих неотложной медицинской помощи.
- 1.11. Стационарное лечение по экстренным показаниям - неотложная медицинская помощь (в том числе экстренное хирургическое и медикаментозное лечение), которая должна быть оказана немедленно и не может быть отложена более чем на двое суток после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.
- 1.12. Экстренные показания к стационарному лечению:
 - 1.12.1. бессознательное состояние;
 - 1.12.2. наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
 - 1.12.3. ожоги и обморожения 3-4 степени;
 - 1.12.4. острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
 - 1.12.5. отравления;
 - 1.12.6. аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
 - 1.12.7. судороги;
 - 1.12.8. острые хирургические состояния;
 - 1.12.9. острая почечная недостаточность;
 - 1.12.10. острая печеночная недостаточность;
 - 1.12.11. острая церебральная недостаточность;
 - 1.12.12. острая дыхательная недостаточность;
 - 1.12.13. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 1.12.14. острый инфаркт миокарда;
 - 1.12.15. гипертонический криз (осложненный);
 - 1.12.16. нестабильная стенокардия;
 - 1.12.17. шок любой этиологии.
- 1.13. При стационарном лечении, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются расходы на диагностику и лечение основного заболевания, послужившим причиной госпитализации Застрахованного, в пределах лимита по стационарному лечению, предусмотренной технической спецификацией, или не более десяти койко-дней за весь период страхования.

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;
- 2.1.7 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 технической спецификацией.

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.

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 технической спецификацией. 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 технической спецификацией 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 технической спецификацией 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 технической спецификацией (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 технической спецификацией 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 Страхованию не подлежат лица:

- 4.1.1 являющиеся инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
- 4.1.2 имеющие на дату заключения Договора:

а) заболевания, входящие в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом от 14.10.2009 г. МЗ РК № 526:

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;

особо опасные инфекции: инфицирование вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;

паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия;

воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (Синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;

острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;

психические заболевания;

злокачественные новообразования;

венерические заболевания (сифилис, гонорея);

профессиональные заболевания;

радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;

заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;

заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;

заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, врожденный гипотиреоз, гипопизарный нанизм, сахарный диабет 1 и 2 типов;

ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК II-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;

заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;

заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;

наследственные заболевания, врожденные пороки развития;

заболевания центральной нервной системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия.

При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных вышеперечисленных заболеваний на момент заключения Договора, Договор в отношении таких лиц, прекращает свое действие.

4.2 Страховщик не осуществляет страховые выплаты по медицинским расходам, связанным с:

4.2.1 диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

4.2.2 диагностикой и лечением:

- а) инфекционных заболеваний, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме острых респираторных заболеваний;
- б) микозов, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;
- в) заболеваний кишечника: дисбактериоза и (или) целиакии (исключение дети до 1 года), неспецифического язвенного колита, Болезни Крона, хронического энтерита;
- г) паразитозов и (или) гельминтозов независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоза;
- д) эндокринных заболеваний: щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдрома нарушения толерантности к глюкозе, сахарного диабета I - II типа, несахарного диабета; феохромоцитомы, Аддисоновой болезни; гипопитуитаризма, хронического гипокортицизма;
- е) хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;
- ж) заболеваний мочеполовой системы: острого и хронического простатита (за исключением медикаментозного лечения) независимо от этиологии, аденомы предстательной железы, эрозии шейки матки, в том числе псевдоэрозии (за исключением радиоволнового и медикаментозного лечения), лейкоплакии, поликистоза почек; хронического гломерулонефрита, заболевания, сопровождающегося ХПН 2-3 ст, амилоидоза почек, нефроангиосклероза, гидронефроза, врожденной аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезов любого происхождения;
- з) заболеваний печени: цирроза печени, хронических гепатитов, стеатогепатоза;
- и) хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфиземой легких и других хронических заболеваний легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
- к) заболеваний центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствий; гепато-церебральной дистрофии (болезнь Вильсона-Коновалова), наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона), наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, синингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич;
- л) заболеваний сосудов: варикозного расширения вен нижних конечностей (за исключением консервативного лечения), варикоцеле, варикозного расширения вен прямой кишки; аневризмы, болезни Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезни Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующего эндартериита, облитерирующего атеросклероза, синдрома Вегенера;
- м) заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): гонореи, сифилиса, шанкроида, паховой гранулемы, трихомониаза, хламидиоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, генитального герпеса, уреаплазмоза, гарднереллеза;
- н) хронических кожных заболеваний: псориаза, нейродермита, атопического дерматита, аллопеции, врожденного ихтиоза, витилиго, угревой болезни, а так же любых видов (форм) лишая, независимо от нозологии;
- о) ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозита, синдрома Шегрена, системной склеродермии, синдрома Шарпа, болезни Рейтера, ревматизма; ревматоидного артрита; системных васкулитов: гранулематоза Вегенера, узелкового периартериита; болезни Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);
- п) заболеваний двигательного аппарата: остеопороза, хронических остеомиелитов, хронических артритов и артрозов любой этиологии, дерматомиозит, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии, миастения, миопатия, хирургическое лечение остеохондроза;
- р) глазных болезней: астигматизма, миопии и гиперметропии, катаракты, глаукомы, хирургического (в т.ч. лазерного) лечения заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожога, инородного тела, отслойки сетчатки), биостимуляции глазного яблока, подбора очков;
- с) гиперпластических процессов;

т) Договором не покрываются медицинские расходы в случае обращения Застрахованного по поводу хронической недостаточности мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторной, перинатальной и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистой, нейроциркуляторной) и их осложнений.

При этом Страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

- а) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;
- б) консультации невропатолога;
- в) консультации физиотерапевта;
- г) медикаментозную терапию в пределах установленного лимита;
- д) стационарное лечение при наличии экстренных показаний.

4.3 Медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в пунктах 4.1. и 4.2., покрываются Страховщиком только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, биохимический анализ крови, ИФА, ПЦР и РИФ при необходимости электрокардиограмма, УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ, ЯМРТ), исключая другие лабораторно-инструментальные исследования. Если диагноз заболеваний, указанных пунктах 4.1. и 4.2., был впервые установлен в период стационарного лечения, Договором покрываются медицинские расходы, связанные с вышеуказанными лабораторно-инструментальными исследованиями, проводимыми до установления диагноза в при стационарном лечении. Договор в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению таких заболеваний Страховщиком не покрываются.

4.4 Договором не покрываются медицинские расходы, связанные с:

- 4.4.1 диагностикой и лечением новообразований (доброкачественных и злокачественных);
- 4.4.2 пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
- 4.4.3 лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;
- 4.4.4 лечением травм и их последствий, полученных до начала действия договора страхования;
- 4.4.5 лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства;
- 4.4.6 лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, террористические акты, стихийные бедствия;
- 4.4.7 прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием):
- 4.4.8 для поступления: на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения; на работу или воинскую службу;
- 4.4.9 для участия в спортивных мероприятиях;
- 4.4.10 для получения разрешения: на въезд в другое государство, на управление транспортным средством, ношение оружия;
- 4.4.11 для получения: отсрочки или освобождения от воинской службы, справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, если услуга не предусмотрена технической спецификацией, спортивных мероприятий;
- 4.4.12 любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями (за исключением необходимости ее проведения при острых травмах);
- 4.4.13 проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
- 4.4.14 любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;
- 4.4.15 экстракорпоральными методами лечения (гемодиализом, плазмаферезом, гемосорбцией, УФО крови), лазерным облучением крови, если услуга не предусмотрена технической спецификацией, аутогемотерапией, кишечное орошение и жемчужные ванны;

- 4.4.16 гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;
- 4.4.17 нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатией, гирудотерапией, иглотерапией, рефлексотерапией, нетрадиционной системой оздоровления, энергоинформационной системой оздоровления, мануальной терапией, бальнеотерапией, водолечением, грязелечением, озонотерапией, механотерапией, тракционным лечением, общим массажем, методами народной медицины (целительством), лечебно-оздоровительными бассейнами;
- 4.4.18 проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами (всех видов шунтирования, стентирования, любыми хирургическими вмешательствами на сердце: установкой ИВР, радиочастотной абляцией и т.д.);
- 4.4.19 диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;
- 4.4.20 врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;
- 4.4.21 проведением урологического массажа;
- 4.4.22 следующие стоматологические услуги: ортодонтия, эстетическая стоматология, имплантация, профилактические мероприятия (покрытие зубов фторлаком, герметизация фиссур); услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях, в том числе профессиональная чистка зубов (на аппарате Air Flow, Вектор и т.д.), панорамный снимок без прямых показаний;
- 4.4.23 диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если иное не предусмотрено технической спецификацией;
- 4.4.24 диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если иное не предусмотрено технической спецификацией;
- 4.4.25 услугами психолога и психотерапевта, логопеда;
- 4.4.26 диагностикой и лечением психических (в том числе булемия, анорексия), наркологических заболеваний, эпилепсии;
- 4.4.27 генетическими исследованиями и (или) услугами по планированию семьи;
- 4.4.28 приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически-активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, витамины (за исключением инъекционных форм), комбинированные оральные контрацептивы (КОК), лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;
- 4.4.29 приобретением немедикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям и гипса необходимого по экстренным показаниям);
- 4.4.30 покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
- 4.4.31 коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);
- 4.4.32 хирургическим изменением пола;
- 4.4.33 диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и родам не предусмотрен технической спецификацией или иное не оговорено дополнительным соглашением к Договору. Любые медицинские расходы по беременности и родам списываются с категории услуг по беременности и родам;
- 4.4.34 диагностикой на аппарате Юникап и использование метода иммуноблотинга, лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
- 4.4.35 санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходами, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено технической спецификацией;
- 4.4.36 патронажем ребенка в возрасте до одного года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением к Договору;
- 4.4.37 другими случаями, предусмотренными законодательством Республики Казахстан.

4.5 Страхование не распространяется на требования о возмещении медицинских расходов, произведенных за пределами территории страхования, а также сверх установленной настоящим Договором страховой суммы или установленной технической спецификацией лимита по категории списания (перечня медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по страховому покрытию).

5 Права и обязанности Сторон

5.1 Страхователь вправе:

- 5.1.1 требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору, порядка оказания медицинских услуг;
- 5.1.2 вносить изменения в Перечень Застрахованных в порядке, установленном настоящим Договором;
- 5.1.3 получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 5.1.4 в период действия Договора расширить перечень медицинских услуг, или повысить размер страховой суммы (лимита по категории списания) с оформлением Дополнительного соглашения к Договору и уплатой дополнительной страховой премии;
- 5.1.5 получить дубликат Карточки в случае ее утери (в первый раз - бесплатно, при повторных случаях – за счет Застрахованного с оплатой расходов на изготовление в размере 200 тенге);
- 5.1.6 получить дубликат Договора в случае его утери;
- 5.1.7 досрочно прекратить Договор;
- 5.1.8 оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 5.1.9 получить страховую выплату в порядке, предусмотренном настоящим Договором;
- 5.1.10 на тайну страхования;
- 5.1.11 совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

5.2 Страхователь обязан:

- 5.2.1 уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, установленные Договором.
- 5.2.2 передавать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, и необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 5.2.3 ознакомливать Застрахованных с условиями Договора;
- 5.2.4 обеспечивать сохранность страховых документов (Договора и Карточки) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 5.2.5 при утрате Договора (Карточки) для получения дубликата письменно обратиться к Страховщику;
- 5.2.6 вернуть Страховщику Карточку Застрахованного при его исключении из Перечня Застрахованных;
- 5.2.7 вернуть Страховщику все Карточки Застрахованных при прекращении действия Договора (действие Карточки прекращается с момента прекращения Договора);
- 5.2.8 в случае досрочного расторжения Договора в результате неоплаты страховой премии (страхового взноса) в сроки, установленные Договором, оплатить часть страховой премии (страхового взноса) за период действия Договора;
- 5.2.9 в случае отказа Застрахованного возместить Страховщику сумму превышения (перерасход лимита), произвести оплату суммы превышения Страховщику;
- 5.2.10 выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

5.3 Страховщик вправе:

- 5.3.1 контролировать выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора;
- 5.3.2 отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов в медицинских учреждениях, не указанных в Перечне Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг в медицинских учреждениях из Перечня Страховщика;
- 5.3.3 требовать предоставления информации о состоянии здоровья каждого Застрахованного, подтвержденной его подписью;

- 5.3.4 самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;
- 5.3.5 досрочно расторгнуть Договор при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и (или) Страхователем своих обязанностей по Договору;
- 5.3.6 заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных Договором; досрочно расторгнуть Договор в случае:
 - неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные Договором сроки;
 - неисполнения Страхователем условий Договора;
- 5.3.7 совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
- 5.4 Страховщик обязан:
 - 5.4.1 ознакомить Страхователя с условиями страхования;
 - 5.4.2 выдать Страхователю необходимые для обращения в медицинские учреждения и к врачам Карточки на Застрахованных в течение десяти рабочих дней со дня поступления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика;
 - 5.4.3 организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, предусмотренных Договором (тех. спецификацией), в режиме работы медицинских учреждений или врачей;
 - 5.4.4 вести учет Застрахованных, оказанных им медицинских услуг, их стоимости, размеров страховых сумм (лимитов по категориям списания), документации при исполнении своих обязательств по Договору;
 - 5.4.5 в случае утери Застрахованным Карточки выдать ее дубликат в течение десяти рабочих дней со дня получения письменного сообщения об этом;
 - 5.4.6 осуществлять страховую выплату в порядке и сроки, установленные Договором;
 - 5.4.7 сообщить Застрахованному, по его запросу, остаток неиспользованных лимитов на медицинские услуги, медикаменты;
 - 5.4.8 в случае утери Страхователем Договора – оформить его дубликат;
 - 5.4.9 в случаях непредставления Страхователем или Выгодоприобретателем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный Договором;
 - 5.4.10 возместить Страхователю расходы, понесенные им в целях предотвращения или уменьшения убытков при страховом случае;
 - 5.4.11 не проводить и (или) приостановить операции по осуществлению страховой выплаты, по возврату страховой премии при досрочном прекращении Договора Страхователем, в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
 - 5.4.12 обеспечить тайну страхования;
 - 5.4.13 выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.
- 5.5 Застрахованный вправе:
 - 5.5.1 требовать от Страхователя разъяснения условий Договора;
 - 5.5.2 получать медицинские услуги в медицинских учреждениях из списка Страховщика в соответствии с условиями, указанными в Договоре;
 - 5.5.3 сообщить Страховщику о случаях непредоставления (неполного и некачественного предоставления) медицинских услуг;
 - 5.5.4 получить дубликат Карточки при ее утере (по письменному обращению к Страховщику);
 - 5.5.5 совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
- 5.6 Застрахованный обязан:
 - 5.6.1 соблюдать условия Договора;
 - 5.6.2 при каждом обращении в медицинское учреждение из Перечня Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;
 - 5.6.3 соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;
 - 5.6.4 передать Страховщику или обеспечить ему возможность ознакомиться со всей информацией, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, и необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

- 5.6.5 при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, не включенные в медицинскую сеть Страховщика, известить его об этом в течение срока указанного в Договоре, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения;
- 5.6.6 при досрочном исключении из Перечня Застрахованных, вернуть Карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в срок, указанный в Договоре;
- 5.6.7 выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

6. Условия внесения изменений и дополнений в список Застрахованных

- 6.1. Включение (исключение) Застрахованных в (из) Перечень (-я) Застрахованных, а также их замена осуществляется по соглашению сторон и оформляется Дополнительным соглашением к Договору.
- 6.2. Под заменой Застрахованного понимается включение нового Застрахованного с одновременным исключением Застрахованного, ранее указанного в Перечне.
- 6.3. Страхователь вправе заменить Застрахованного письменно уведомив об этом Страховщика. При этом Страхователь должен подать Страховщику заявление о выдаче соответствующих страховых документов новому Застрахованному.
- 6.4. В случае если Застрахованный, исключаемый из Перечня Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами медицинских учреждений (врачей), замена Застрахованного производится Страховщиком автоматически без доплаты страховой премии.
- 6.5. Замена и исключение Застрахованного из Перечня Застрахованных одновременно влечет за собой замену и исключение прикрепленных к нему дополнительных Застрахованных (членов семьи).
- 6.6. Действие страховой защиты в отношении нового Застрахованного начинается со дня его включения в Перечень Застрахованных и заканчивается одновременно с окончанием действия настоящего Договора или до исключения его из Перечня Застрахованных.
- 6.7. Действие страховой защиты в отношении исключенного из Перечня Застрахованного и прикрепленных к нему дополнительных Застрахованных (членов семьи) прекращается со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления от Страхователя об исключении или замене Застрахованного.
- 6.8. Страховщик в течение десяти рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему Карточки нового Застрахованного и прикрепленных к нему дополнительных Застрахованных (членов семьи).
- 6.9. Страхователь в течение трех рабочих дней со дня подачи заявления на исключение Застрахованного из Перечня обязан вернуть Страховщику Карточки исключаемого из Перечня Застрахованного и прикрепленных к нему дополнительных Застрахованных (членов семьи).
- 6.10. При включении дополнительного Застрахованного в Перечень Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, размер которой рассчитывается в зависимости срока действия Договора в отношении такого Застрахованного:

Срок страхования	Размер дополнительной страховой премии, % от годовой страховой премии
Не более 3 месяцев	40
От 3 месяцев не более 4 месяцев	50
От 4 месяцев не более 5 месяцев	60
От 5 месяцев и не более 6 месяцев	70
От 6 месяцев и не более 7 месяцев	75
От 7 месяцев и не более 8 месяцев	80

От 8 месяцев и не более 9 месяцев	85
От 9 месяцев и не более 10 месяцев	90
От 10 месяцев и не более 11 месяцев	95
От 11 месяцев и до 12 месяцев	100

6.11. При исключении Застрахованного (прекращении действия Договора в отношении исключаемого из Перечня Застрахованного) Страховщик имеет право на часть уплаченной за такого Застрахованного страховой премии пропорционально сроку действия Договора в отношении данного Застрахованного.

6.12. В случаях, когда по данному Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, страховая премия, начисленная за данного Застрахованного, подлежит частичному возврату Страхователю за вычетом суммы части страховой премии пропорционально сроку действия Договора в отношении данного Застрахованного и суммы осуществленных Страховщиком страховых выплат по карте. В случае исключения Застрахованного и одновременном включении нового Застрахованного, объем услуг определяется объемом лимита ответственности по карте исключаемого Застрахованного. Замена Застрахованных по данному пункту возможна не более 3 (трех) случаев на Договор.

6.13. Если дополнительные застрахованные (члены семьи) исключаемого из списка Застрахованного не воспользовались Медицинским обслуживанием, Страхователь имеет право провести замену дополнительно застрахованных (членов семьи), без доплаты страховой премии.

7. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

7.1 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 случаях предусмотренных в технической спецификации направляет семейного или дежурного врача на дом или рабочее место, либо другое местонахождение Застрахованного в пределах административных границ городов Республики Казахстан. Посещение координатора Застрахованными после приема узкого специалиста для получения необходимых направлений осуществляется вне очереди.
- 2) 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;
- 3) в случае выезда за рубеж - 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.

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

(страховых выплат)

8. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

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

8.2 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.

8.3 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 технической спецификацией и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. Если общая страховая сумма, установленная Договором 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.

8.4 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;

8.5 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) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;

8.6 Обращение Застрахованного в связи с Заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая.

9 Ответственность Сторон по Договору

9.1 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.

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

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

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

9.5. В случае необоснованного одностороннего отказа Страховщика от исполнения настоящего Договора Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере 10 % от страховой премии.

9.6. За несвоевременное оказание услуг Страховщиком, начисляется неустойка в размере 0,1 % от стоимости не оказанных услуг за каждый день просрочки, но не более 10% от суммы неисполненного обязательства.

10. Отказ в страховой выплате

- 10.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если при проверке соответствия предоставленных Застрахованному медицинских услуг будет установлено, что Застрахованный:
- 10.1.1. получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором и технической спецификацией;
 - 10.1.2. передал Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;
 - 10.1.3. Страховщиком не возмещаются любые медицинские расходы, осуществленные Застрахованным без специализированного бланка направления, рецепта врача – работника, за исключением расходов по стоматологии и случаев, предусмотренных Договором.
- 10.2. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также:
- 10.2.1. не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового события (случая) в порядке и сроки, установленные Договором;
 - 10.2.2. сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного;
 - 10.2.3. другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан.
- 10.3. Несоблюдение Страхователем условий настоящего Договора, а также требований действующего законодательства Республики Казахстан влечет за собой отказ в осуществлении страховой выплаты.
- 10.4. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по мотивам его неправомερных действий, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Выгодоприобретателю.
- 10.5. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

11. 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.

12. Срок и территория действия Договора

- 12.1. Договор вступает в силу со дня его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до конца периода действия страховой защиты.
- 12.2. Период действия страховой защиты добровольного страхования на случай болезни начинается с момента подписания договора и действует 12 месяцев, **а в части взаиморасчетов – до их полного завершения.**
- 12.3. Действие страховой защиты распространяется на территорию Республики Казахстан, или на территорию, определенную технической спецификацией.

13. Прочие условия Договора

- 13.1. 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.
- 13.2. Действие Договора прекращается в случаях, предусмотренных Договором и законодательством Республики Казахстан.
- 13.3. При досрочном расторжении Договора, Страховщик возвращает Страхователю, уплаченные им страховые премии пропорционально не истекшему периоду страховой защиты, а в случае

расторжения договора по взаимному соглашению Сторон, за вычетом произведенных страховых выплат в отношении данного объекта страхования по Договору.

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

13.5. Техническая спецификация является неотъемлемой частью настоящего договора.

14.Форс-мажор

14.1. 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.

14.2. 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.

14.3. 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.

14.4. 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.

15.Порядок рассмотрения споров

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

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

16.Прочие условия

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

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

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

17.Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон:

СТРАХОВАТЕЛЬ

СТРАХОВЩИК