**Д О Г О В О Р №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**добровольного страхования на случай болезни**

**РАЗДЕЛ I**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и **«ТОО «АлматыЭнергоСбыт»,** именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице Генерального директора Гамбургера М.Г., действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор добровольного страхования на случай болезни (далее – договор страхования) о нижеследующем:

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид страхования:** | **Добровольное страхование на случай болезни** |
| **Страховщик:**  **наименование, место нахождения. банковские реквизиты** |  |
| **Страхователь:**  наименование, РНН, место нахождения, банковские реквизиты, признак резидентства, сектор экономики, вид экономической деятельности | ТОО "АлматыЭнергоСбыт"  Юридический адрес: 050026, г. Алматы, ул. Айтеке би 172\173  Телефон: +7 (727) 356 04 16, факс: 356 04 30, e-mail: sguzhev@esalmaty.kz  Банковские реквизиты: БИН 060640004748 РНН: 600 900 572 272  ИИК: KZ356010131000063821 в банке: АО «Народный банк Казахстана»;  БИК/МФО: HSBKKZKX  КБЕ 17 |
| **Застрахованные:** | Согласно списку застрахованных (Приложение № 2 к настоящему договору страхования) |
| **Объект страхования:** | Имущественные интересы застрахованного, связанные с его расходами по обращению и получению медицинских услуг в рамках программы страхования, согласно Приложения №1 к договору страхования |
| **Страховой случай:** | Обращение застрахованного в течение срока действия договора страхования к врачам и (или) в медицинские организации по поводу заболевания, травмы, требующих оказание медицинских услуг в соответствии с выбранной программой страхования и настоящим договором страхования. |
| **Общее количество застрахованных** | **493 (четыреста девяносто три) человека,**  из них:  ***- основных застрахованных*** **493** человек;  ***- застрахованных членов семьи \_\_\_\_***человек |
| **Общая страховая сумма (лимит ответственности)** | **320 450 000 (триста двадцать милинонов четыреста пятьдесят тысяч) тенге** |
| **Страховая премия:**  **Порядок и сроки оплаты страховой премии:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (…..) тенге** |
| 100% предоплата, единовременным платежем в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета на оплату, но не позднее «\_\_»\_\_\_\_\_2015 года. |
| **Срок действия договора страхования:** | В течение 12 (двенадцати) месяцев, с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 год  по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_  2016 год |
| **Территория действия договора страхования:** | Республика Казахстан |
| **Дата и место заключения договора страхования** | город Алматы  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 год |

**РАЗДЕЛ II**

**Условия страхования**

**Статья 1. Общие положения**

1. Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные настоящим Договором, а Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по полученным застрахованным медицинским услугам, в соответствии с программой страхования (Приложение 1 к настоящему Договору) в размере, порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

1.1.1. Срок действия договора страхования указан в Разделе 1 договора.

1.1.2. Срок действия страховой защиты совпадает со сроком действия договора, но не ранее поступления страховой премии на банковский счет Страховщика, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

1.2. Застрахованными могут быть лица в возрасте до 65 лет.

1.4. Не подлежат страхованию лица, которые:

1.4.1. являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;

1.4.2. госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;

1.5. В договоре используются следующие термины:

**1.5.1. Покрываемые расходы** - расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в рамках программы страхования, в порядке, предусмотренном договором страхования.

**1.5.2. Врач** – лицо, имеющее высшее медицинское образование, осуществляющее оказание медицинских услуг населению на основании государственной лицензии или на основании договора с медицинской организацией, либо с медицинским ассистансом.

**1.5.3. Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты.

**1.5.4. Заболевание** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.

**1.5.5. Травма** — нарушение целостности функций ткани и органов в результате воздействия факторов внешней среды.

**1.5.6. Застрахованный** – лицо, в отношении которого осуществляется страхование.

1.5.5.1. Основной застрахованный – лицо, являющееся работником Страхователя – юридического лица или являющееся Страхователем (физическое лицо).

1.5.5.2. Застрахованные члены семьи *–* близкие члены семьи основного застрахованного: супруг (-а), дети, родители, в отношении которых заключен договор страхования.

**1.5.7. Заявление на страхование** – форма установленного Страховщиком образца заявления, на основании которого заключается договор страхования.

**1.5.8. Медицинский Ассистанс** – юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком на организацию и предоставление различных видов медицинских услуг для Застрахованных.

**1.5.9. Медицинские организации** – юридические лица, являющиеся согласно законодательству организациями здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению

**1.5.10. Медицинская услуга** – услуга по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации застрахованных в связи с заболеваниями.

**1.5.11. Медицинская сеть ассистанса** – медицинские организации, врачи и аптеки, которые заключили с медицинским ассистансом специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов застрахованным.

**1.5.12. Несчастный случай** – наступившее вопреки воле человека, внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть.

**1.5.13. Программа страхования** – перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком.

**1.5.14. Страхователь** – лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию.

**1.5.15. Страховой случай** - событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

**1.5.16. Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.

**1.5.17. Страховая карточка** – документ, выдаваемый Страховщиком каждому застрахованному, подтверждающий право его владельца на получение медицинских услуг, предоставляемых участниками медицинской сети.

**1.5.18. Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (выгодоприобретателю), в размере, определенном договором страхования.

**1.5.19. Страховая сумма** (лимит ответственности) – сумма денег, которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

**1.5.20. Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

**1.5.21. Территория страхования** - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по договору страхования.

#### Статья 2. Страховая премия. Страховая сумма

* 1. Страховая премия за каждого основного застрахованного определяется программой страхования (Приложение 1 к настоящему Договору) и составляет **\_\_\_\_ (…….)** тенге.
  2. Размер общей суммы страховой премии по настоящему договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех застрахованных, включенных в список застрахованных и указан в Разделе I настоящего договора страхования.
  3. При внесении изменений в список застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии со статьей 8 настоящего договора страхования и оформляется дополнительным соглашением сторон.
  4. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате Страхователем в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты выставления Страховщиком соответствующего счета на оплату.
  5. Общая страховая сумма и страховые суммы по каждой медицинской услуге на основного застрахованного определяются программой страхования (Приложение 1 к настоящему Договору).
  6. Размер общей страховой суммы по настоящему договору страхования указан в разделе I настоящего договора страхования.
  7. В отношении основного застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким, как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь) устанавливаются в соответствии с Табелем начисления (пункт 8.3).
  8. После осуществления страховой выплаты Страховщиком общая страховая сумма по договору страхования уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.

**Статья 3. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования**

* 1. Если дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное, то Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) застрахованного:
     1. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением новообразований;
     2. медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
     3. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение застрахованного;
     4. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
     5. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;
     6. медицинским расходам, связанным с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;
     7. медицинским расходам, связанным с 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;
     8. медицинским расходам, связанным с проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
     9. медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни застрахованного;
     10. медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови и т.д.), включая аутогемотерапию, кишечное орошение и жемчужные ванны; а также медицинским расходам, связанным с гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни застрахованного;
     11. медицинским расходам, связанным с нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, водолечение, грязелечение озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, общий массаж, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, лечебного массажа, за исключением одного курса за период страхования на семью;
     12. медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии; а также хирургическими вмешательствами: (все виды шунтирования, стентирования, любые хирургические вмешательства на сердце: установка ИВР, радиочастотная обляция и т.д.);
     13. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;
     14. медицинским расходам по проведению урологического массажа;
     15. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез;
     16. медицинским расходам, связанным с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если это не предусмотрено программой страхования застрахованного;
     17. медицинским расходам, связанным с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено программой страхования застрахованного;
     18. медицинским расходам, связанным со снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью;
     19. медицинским расходам, связанным с услугами психолога и психотерапевта;
     20. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;
     21. медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
     22. медицинским расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически–активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, 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;
     23. расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям; гипсы, необходимые по экстренным показаниям);
     24. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
     25. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы); с хирургическим изменением пола;
     26. медицинским расходам, связанным с диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и роды не предусмотрены программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон, любые расходы по беременности списываются с пакета по беременности и родам;
     27. медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
     28. медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено программой страхования;
     29. патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон;
     30. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

3.2 Медицинские расходы, связанные с диагностикой у застрахованного заболеваний:

3.2.1. инфекционные заболевания, входящие в Перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г., а именно: ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты; инфекционный менингит;

3.2.2. врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;

3.2.3. другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых респираторных заболеваний,

3.2.4. микозы, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР–органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;

3.2.5. заболевания кишечника: дисбактериоз и(или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;

3.2.6. паразитозы и(или) гельминтозы независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоз;

3.2.7. эндокринные заболевания: заболевания щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет 1 - II типа, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм;

3.2.8. хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;

3.2.9. заболевания мочеполовой системы: острый и хронический простатит, независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэррозия, лейкоплакия), поликистоз почек; поликистоз яичников; хронический гломерулонефрит, заболевания, сопровождающиеся ХПН 2-3 ст, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;

3.2.10. заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;

3.2.11. хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

3.2.12. заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);

3.2.13. заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит. облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;

3.2.14. хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а так же любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;

3.2.15. ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);

3.2.16. заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии, остеохондроз, за исключением сопровождающегося выраженным мышечно-тоническим синдромом и/или экстренными состояниями;

3.2.17. в случае обращения застрахованного по поводу хронической недостаточности мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторная, перинатальная и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнений, страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний,

консультации невропатолога,

консультации физиотерапевта,

медикаментозную терапию в пределах лимита, услуги процедурного кабинета,

стационарное лечение при наличии экстренных показаний;

3.2.18. глазные болезни: астигматизм, миопия и гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в т.ч. лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, подбор очков;

3.2.19. хирургическое лечение гиперпластических процессов;

покрываются Страховщиком только до момента подтверждения диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, либо до окончания курса стационарного лечения, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен.

**Статья 4. Исчерпание и перерасход страховой суммы, предусмотренной программой страхования**

* 1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из медицинских услуг ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной медицинской услуге.
  2. Возмещение расходов на медицинские услуги, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим медицинским услугам (т.е. перенос лимитов) не допускается.
  3. Исчерпание страховой суммы по одной из медицинских услуг не влечет за собой прекращения договора страхования.
  4. Если общая сумма расходов по определенной медицинской услуге превысила размер страховой суммы, предусмотренный программой страхования по данной медицинской услуге, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Страхователем (застрахованным).
  5. В случае возникновения такого превышения, медицинский ассистанс уведомляет застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону, при этом уведомление застрахованного по телефону считается им полученным. Застрахованный, по программе страхования которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 5 (пяти) банковских дней с момента уведомления оплатить сумму в размере превышения лимита в кассу медицинского ассистанса наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет медицинского ассистанса. В случае неоплаты застрахованным суммы перерасхода в указанный период, медицинский ассистанс блокирует страховую карточку, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому застрахованному до момента полной оплаты суммы перерасхода.
  6. В случае если застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования, оплата такой медицинской услуги производится Страхователем (застрахованным) самостоятельно, либо Страхователь (застрахованный) возмещает их стоимость Страховщику.

**Статья 5. Медицинские показания**

5.1 Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания у застрахованного.

5.2 Экстренные медицинские показания – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых медицинских состояний, вплоть до летального исхода.

5.3. **Экстренные показания по амбулаторно – поликлинической помощи:**

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

5.3.2. кровотечения;

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

5.3.4. гипертермия выше 39°С;

5.3.5. абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;

5.3.6. ожоги 2-4 степени;

5.3.7. острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);

5.3.8. гипертонические кризы;

* 1. **Экстренные показания к стационарному лечению:**

5.4.1 бессознательное состояние;

5.4.2 наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;

5.4.3 ожоги и обморожения;

5.4.4 острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;

5.4.5 отравления;

5.4.6 аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);

5.4.7 судороги;

5.4.8 острые хирургические состояния;

5.4.9 острая почечная недостаточность;

5.4.10 острая печеночная недостаточность;

5.4.11 острая церебральная недостаточность;

5.4.12 острая дыхательная недостаточность;

5.4.13 острая сердечно-сосудистая недостаточность;

5.4.14 острый инфаркт миокарда;

5.4.15 гипертонический криз;

5.4.16 нестабильная стенокардия;

5.4.17 шок любой этиологии.

5.5. **Лечебные показания** к стационарному лечению – состояние застрахованного, которое не требует оказания ему экстренной, неотложной медицинской помощи, но существует необходимость проведения комплекса лечебно- диагностических мероприятий только в условиях постоянного пребывания застрахованного в медицинской организации вследствие необходимости непрерывного врачебного контроля за его медицинским состоянием или технической сложности проводимых лечебно-диагностических процедур.

5.5.1 При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинского ассистанса или Страховщика.

5.6. В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанные только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящиеся в причинно-следственной связи с основным заболеванием застрахованного.

**Статья 6. Порядок предоставления медицинских услуг.**

6.1. При наступлении страхового случая, застрахованный должен обратиться к работнику медицинского ассистанса и следовать его указаниям.

6.2. В случае возникновения у застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у застрахованного не было возможности обратиться в медицинский ассистанс, застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Страховщика или медицинский ассистанс о наступлении страхового случая в течении 24 (двадцати четырех) часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.

6.3. При каждом обращении к работнику медицинского ассистанса застрахованный обязан предъявить страховую карточку и документ, удостоверяющий личность. Основанием для предоставления застрахованному медицинских услуг до момента получения страховой карточки является настоящий договор страхования.

6.4. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные программой страхования, только по направлению семейного врача в медицинских организациях, входящих в медицинскую сеть ассистанса, за исключением случаев, указанных в п. 6.5. настоящего Договора страхования, и в медицинских организациях, строго соответствующих его Программе страхования. Список медицинских организацией с соответствующими Программами страхования указан в Приложении 3 к настоящему договору страхования.

6.5. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные программой страхования, при согласовании и по направлению семейного врача в медицинские организации, не входящие в медицинскую сеть ассистанса (Приложение 3) только в следующих случаях:

6.5.1. когда застрахованный находится на постоянном наблюдении у медицинского специалиста, работающего в медицинской организации, не входящей в медицинскую сеть ассистанса (Приложение 3) и продолжение лечения/наблюдения или диагностики необходимы по медицинским показаниям;

6.5.2. необходимая застрахованному по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза медицинская услуга по какой-либо причине не может быть оказана в медицинской сети ассистанса.

6.6. В случаях, указанных в п. 6.5. настоящей статьи, застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет в медицинскую сервисную компанию либо Страховщику документы для получения возмещения понесенных затрат в соответствии с пунктом 7.4 настоящего договора страхования.

6.7. При обращении застрахованного в медицинские организации, не входящие в медицинскую сеть (Приложение 3), Страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.

6.8. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети (Приложение 3), застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказ-наряде при получении стоматологического лечения, либо в реестре посещений при приеме семейным врачом) факт оказания ему медицинской услуги.

6.9. Если дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное, Страховщик ни при каких условиях не осуществляет возмещение расходов по услугам сервисной палаты и медицинским услугам, полученным застрахованным в соматическом отделении Центральной клинической больницы Министерства здравоохранения Управления делами президента Республики Казахстан (ЦКБ МЦ УДП РК) .

6.10. Страховщик имеет право вносить изменения в список медицинской сети ассистанса (Приложение 3) с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке медицинской сети ассистанса.

**Статья 7. Порядок, условия, размер и сроки осуществления страховой выплаты**

* 1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в тенге, путем возмещения расходов по оказанным медицинским услугам в порядке, предусмотренном договором.
  2. Оплата медицинских услуг, оказанных застрахованному в медицинской сети ассистанса, производится путем перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на их банковский счет.
  3. Перечисление страховой выплаты производится после получения от медицинского ассистанса счета на оплату с указанием перечня оказанных застрахованным медицинских услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем медицинским услугам, оказанным застрахованным с приложением медицинской документации, подтверждающей наступление страхового случая (копии рецептов, заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг). Страховщик анализирует полученный счет и медицинскую документацию, определяет соответствие предоставления медицинских услуг условиям договора страхования, программе страхования, а также соответствие стоимости медицинских услуг утвержденному прейскуранту цен медицинских организаций, входящих в медицинскую сеть ассистанса (Приложение 3).
  4. В случаях, предусмотренных пунктом 6.5 статьи 6 настоящего договора страхования, Страховщик возмещает застрахованному расходы по медицинским услугам, оплаченным застрахованным самостоятельно. В этом случае для получения страховой выплаты застрахованный (выгодоприобретатель) обязан предоставить Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения медицинской услуги:
     1. копию документа, удостоверяющего личность застрахованного (выгодоприобретателя), либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
     2. копию свидетельства налогоплательщика (РНН) получателя;
     3. направление врача - работника медицинского ассистанса, за исключением случаев, когда застрахованный проживает на территории Алматинской области.
     4. документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:
* по амбулаторно–поликлинической помощи – счет - фактуру, фискальный чек и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
* по стационарному лечению – счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;
* по стоматологическому лечению – заказ-наряд, фискальный чек;
* по лекарственному обеспечению – товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций.
  1. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты. Уведомление о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты, должно быть направлено Застрахованному не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня получения последнего документа.
  2. Страховые выплаты осуществляются в размере 100% от суммы покрываемых расходов, в случаях, предусмотренных пунктами 6.2., 6.5.2. статьи 6 настоящего договора страхования, если это не противоречит другим пунктам договора страхования.
  3. Страховые выплаты осуществляются в размере 70% от суммы покрываемых расходов, в случаях, предусмотренных пунктом 6.5.1. статьи 6 настоящего договора страхования.
  4. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления врача – работника медицинского ассистанса, не возмещаются Страховщиком, за исключением расходов по стоматологии в г.Алматы и случаев, указанных в п.7.4.3.
  5. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Страхователя (застрахованного).
  6. Страховщик обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения всех документов, указанных в п. 7.4 и 7.5 настоящей статьи, осуществить страховую выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.
  7. Застрахованный может получить страховую выплату в кассе страховой компании по предъявлению удостоверения личности и РНН.
  8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг программе страхования и страховой сумме
  9. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если застрахованный:
     1. получил медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования и программой страхования;
     2. своевременно не известил о наступлении страхового случая;
     3. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
     4. передал свой договор страхования, страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.
  10. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим во время лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

**Статья 8. Дополнительное включение и досрочное исключение застрахованного.**

**Замена основного застрахованного.**

* 1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена основного застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к договору страхования на основании письменного заявления Страхователя.
  2. Дополнительное включение основного застрахованного производится не позднее чем за 45 (сорок пять) дней до даты окончания настоящего Договора.
  3. При дополнительном включении основного застрахованного в договор страхования, страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким, как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь) устанавливаются в соответствии с Табелем начисления:

|  |  |
| --- | --- |
| **Срок страхования**  **(количество месяцев)** | **Размер части годовой страховой суммы и части годовой страховой премии, оплачиваемой Страхователем, %** |
| до 2 месяцев включительно | 30 |
| От 2 месяцев до 3 месяцев | 40 |
| От 3 месяцев до 4 месяцев | 50 |
| От 4 месяцев до 5 месяцев | 60 |
| От 5 месяцев до 6 месяцев | 70 |
| От 6 месяцев до 7 месяцев | 75 |
| От 7 месяцев до 8 месяцев | 80 |
| От 8 месяцев до 9 месяцев | 85 |
| От 9 месяцев до 10 месяцев | 90 |
| От 10 месяцев до 11 месяцев | 95 |
| От 11 месяцев до 12 месяцев | 100 |

* 1. При досрочном исключении основного застрахованного из списка застрахованных, страховая премия, начисленная за данного застрахованного, подлежит частичному возврату за вычетом суммы расходов на ведение дела в размере 25% от годовой страховой премии и части страховой премии пропорционально времени действия страховой защиты. При этом частичный возврат страховой премии осуществляется только в случае, если исключаемый застрахованный не обращался за медицинской помощью и по нему не были произведены страховые выплаты. Расчет суммы возврата страховой премии Страхователю осуществляется Страховщиком по истечении 10 (десяти) рабочих дней после фактической даты исключения застрахованного.
  2. Если суммы вычетов по расчету, произведенному согласно пункту 8.4. настоящей статьи превышают размер страховой премии, оплаченной за исключаемого застрахованного, Страховщик освобождается от возврата Страхователю страховой премии, и размер такого превышения не подлежит возмещению Страховщику Страхователем.
  3. Датой включения и исключения застрахованного из списка застрахованных считается дата, указанная в дополнительном соглашении сторон.
  4. Страховщик по заявлению Страхователя может произвести замену основного застрахованного. Замена застрахованного производится без оплаты дополнительной страховой премии, если по заменяемому застрахованному не осуществлялись страховые выплаты. В случае если страховые выплаты по заменяемому застрахованному осуществлялись, для вновь принимаемого застрахованного общая страховая сумма и страховые суммы по отдельным медицинским услугам устанавливаются за вычетом уже произведенных Страховщиком страховых выплат.

##### **Статья 9. Права и обязанности сторон**

* 1. Правовые взаимоотношения и ответственность сторон начинаются с момента подписания сторонами договора страхования.
  2. **Страхователь вправе:**
     1. досрочно расторгнуть договор страхования;
     2. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
     3. вносить изменения и дополнения в список застрахованных в соответствии с условиями настоящего договора;
     4. получить дубликат договора страхования в случае его утери;
     5. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
     6. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой страхования;
     7. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам.
     8. осуществлять контроль и надзор за ходом и качеством оказываемых услуг, а также соблюдением сроков их оказания;
     9. требовать приостановления оказания услуг, если обнаружены недостатки (дефекты) или снижение их качества;
     10. отразить недостатки (дефекты) в двухстороннем дефектном акте с указанием в нем срока устранения недостатков (дефектов) Страховщиком;
     11. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
  3. **Страхователь обязан:**
     1. оплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, определенные договором страхования;
     2. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся застрахованного и состояния его здоровья;
     3. уведомлять Страховщика о наступлении страхового случая в сроки установленные настоящим договором страхования (пункт 6.2 статьи 6);
     4. заботиться о сохранности договора страхования, страховой карточки и не передавать их другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;
     5. принять услуги и подписать Акт приема передачи оказанных услуг по форме согласно Приложения 5 к Договору по окончании срока действия настоящего Договора в течение 3 (трех) рабочих дней или представить мативированный отказ.
     6. ознакомить застрахованных с условиями страхования, правами и обязанностями по договору страхования с целью соблюдения застрахованными требований условий договора страхования, согласно которым,

**застрахованный обязан:**

* + - уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.), а также освободить врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;
    - соблюдать порядок обращения в медицинскую сеть ассситанса (Приложение 3) согласно программе страхования и получения медицинской помощи согласно условиям Договора страхования;
    - следовать указаниям обследующих и лечащих врачей;
    - при обращении к врачам и (или) участникам медицинской сети предъявлять страховую карточку и документ, удостоверяющий личность застрахованного;
    - не передавать страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;
    - при исключении из списка застрахованных вернуть страховую карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в течение 3 (трех) дней с момента исключения;
    - передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

**а также имеет право:**

* требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
* получить дубликат страховой карточки в случае ее утери в первый раз - бесплатно, при повторной утере – после оплаты Страховщику стоимости карточки в размере 300 (трехсот) тенге.
* требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой страхования
* получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам
  + 1. при утере страховой карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
    2. незамедлительно уведомить Страховщика о принятом решении об исключении застрахованного из списка застрахованных;
    3. изъять у исключаемого застрахованного и членов его семьи страховые карточки. При нарушении данного обязательства Страхователем, Страховщик освобождается от выполнения обязательств по возмещению расходов по медицинским услугам, полученным после исключения застрахованного из списка застрахованных;
    4. оказывать содействие Страховщику в истребовании с застрахованных сумм задолженностей, возникших в результате действий застрахованного, подлежащих оплате Страховщику застрахованным в соответствии с настоящим договором страхования.
  1. **Страховщик вправе:**
     1. проверять полученную от Страхователя и застрахованного информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора страхования;
     2. проверять обстоятельства и причины наступления страхового случая;
     3. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о застрахованном в медицинской организации, оказывающей застрахованному медицинские услуги; направлять запросы в соответствующие медицинские организации и иные организации по факту наступления страхового случая;
     4. произвести медицинское обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья за свой счет;

9.4.6. заблокировать действие страховой карточки в случаях превышения страховой суммы, предусмотренной программой страхования по медицинской услуге (перерасхода лимита), до дня поступления оплаты превышения лимита (пункт 6.6 статьи 6 настоящего договора страхования);

9.4.7. отказать в осуществлении страховой выплаты и/или расторгнуть договор страхования в отношении застрахованного в случае, если обнаружится, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил заведомо недостоверные сведения о застрахованном и состоянии его здоровья, а также если Страхователь (застрахованный) передал договор страхования и (или) страховую карточку застрахованного другому лицу с целью получения медицинских услуг;

9.4.8. приостанавливать выполнение своих обязательств либо расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его неявки на заранее согласованные с медицинскими учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованных или ложных вызовах скорой медицинской помощи.

9.4.9. контролировать объем, сроки оказания застрахованному медицинских услуг в медицинской организации, в которой застрахованный в соответствии с договором страхования имеет право получать медицинские услуги.

* 1. **Страховщик обязан:**
     1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;
     2. при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором страхования;
     3. произвести оформление и бесплатно однократное переоформление страховой карточки в случае ее утери застрахованным, а также договора страхования в случае его утери Страхователем, в течение 5 (пяти) рабочих дней;
     4. обеспечить тайну страхования.
     5. вместе с актом оказанных услуг представить Страхователю отчетность по местному содержанию по форме согласно Приложению 6 к настоящему Договору содержащую расчет доли местного содержания в оказанных услугах, произведенный в соответствии с требованиями Единой Методики, утвержденной Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20.09.2010 года № 964 с приложением копий подтверждающих документов.

9.5.6. предоставить Страхователю вместе со счетом-фактурой, оформленным в соответствии со статьей 263 Налогового Кодекса Республики Казахстан, копии приказов и доверенностей, выданных лицам на право подписания счета-фактуры за первого руководителя и главного бухгалтера.

**Статья 10. Ответственность Сторон**

10.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

10.2. При несоблюдении Страхователем сроков оплаты, Страховщик вправе требовать от Страхователя уплаты пени в размере 0,1% от суммы, подлежащей оплате за каждый день просрочки, но не более 5% от суммы подлежащей оплате.

10.3.За нарушение срока оказания услуг страхования на случай болезни по вине Страховщика, Страхователь вправе требовать уплаты пени в размере 0,1 % от общей суммы страховой премии по Договору за каждый день просрочки, но не более 5% от общей суммы страховой премии по Договору, путем выставления требования о возмещении, о чем Страховщику будет направлено соответствующее письменное уведомление.

10.4. За нарушение Страхователем п. 9.3.5. настоящего Договора Страховщик вправе требовать от Страхователя уплаты пени в размере 0,1% от общей суммы страховой премии по договору за каждый день просрочки, но не более 5% от общей суммы страховой премии по Договору,

10.5. В случае нарушения Страховщиком сроков устранения недостатков (дефектов), предусмотренных двухсторонним дефектным актом, Страхователь вправе требовать от Страховщикауплаты пени в размере 0,1% от общей суммы страховой премии по договору за каждый день просрочки, но не более 5% от общей суммы страховой премии по Договору.

10.6. Оплата пени и штрафов за неисполнение или ненадлежащее выполнение принятых обязательств по Договору не освобождает Стороны от их выполнения.

**Статья 11. Порядок изменения и условия прекращения договора страхования**

11.1. Изменение и (или) дополнение договора страхования совершается по соглашению сторон в письменной форме и оформляется дополнительным соглашением к договору страхования.

* 1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время.

11.3. Договор страхования может быть расторгнут Страхователем с письменного уведомления Страховщика и прекращает свое действие по истечении 30 (тридцати) календарных дней со дня направления уведомления Страховщику о прекращении договора страхования.

11.4. При досрочном прекращении договора страхования, оплаченная страховая премия подлежит частичному возврату Страхователю за вычетом суммы расходов на ведение дела в размере 25% от общей страховой премии, части страховой премии пропорционально времени действия страховой защиты и суммы осуществленных Страховщиком страховых выплат.

11.5. Если суммы вычетов по расчету, произведенному согласно пункту 11.4. настоящей статьи, превышают размер оплаченной страховой премии, Страховщик освобождается от возврата страховой премии, и размер такого превышения не подлежит возмещению Страхователем.

11.6 В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю оплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

11.7. В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страхователя, то страховые премии Страхователю Страховщиком не возвращаются.

11.8. При признании договора страхования недействительным Страховщик обязан вернуть Страхователю полученные от него страховую премию либо страховые взносы, а Страхователь (выгодоприобретатель) - вернуть Страховщику полученную от него страховую выплату.

11.9. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных законодательными актами, договор страхования прекращается досрочно в случаях:

11.9.1. когда перестал существовать объект страхования;

11.9.2. когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

11.9.3. вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика;

11.9.4. вступления в силу решения уполномоченного органа о выдаче разрешения на добровольную ликвидацию Страховщика.

11.9.5. не внесения Страхователем страховой премии в размере, порядке и сроки, оговоренные в настоящем договоре страхования.

11.10. В указанных в пункте 11.9. настоящей статьи случаях договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора страхования, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

**Статья 12.** **Форс – мажор**

12.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, не несет имущественную ответственность, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах, а именно: стихийных явлениях, войн, военных действий любого характера, блокад, локаутов и т.п.

12.2. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана уведомить о наступлении таких обстоятельств, другую Сторону в течение 3 (трех) рабочих дней. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

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

12.4. В случае если форс-мажорные обстоятельства длятся более 60 (шестьдесят) дней любая из Сторон вправе отказаться от Договора, письменно уведомив об этом другую Сторону. Договор считается прекратившим свое действие с момента получения другой Стороной уведомления.

**Статья 13. Порядок разрешения споров**

13.1. Требования (претензии), вытекающие из настоящего договора страхования, могут быть предъявлены Страховщику в пределах срока исковой давности, определенного законодательством Республики Казахстан.

13.2. Споры, возникающие по настоящему договору страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения, спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

**Статья 14. Особые условия**

14.1. По соглашению сторон в настоящий договор страхования могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения), а также внесены изменения и дополнения, которые в обязательном порядке должны быть составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.

14.2. Умышленное создание страхового случая, а также иные мошеннические действия, направленные на незаконное получение страховой выплаты, влекут ответственность в соответствии с уголовным законодательством Республики Казахстан.

14.3. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или местожительству, указанному в заявлении на страхование (Приложение 4 к настоящему договору страхования). При изменении места нахождения Страхователь обязан в десятидневный срок сообщить новый адрес Страховщику. В противном случае любые письменные уведомления, письма и другие документы, направленные по адресу предыдущего места нахождения Страхователя, будут считаться выполненными (действительными).

14.4. Переход прав и обязанностей Страховщика и (или) Страхователя по договору страхования к другим лицам не допускается, если это не оговорено дополнительным письменным соглашением сторон.

14.5. Страховщик согласен с тем, что Страхователь будет предоставлять отчетность в соответствии с требованиями Инструкции о порядке составления и представления отчетности по вопросам закупок, утвержденной решением Правления АО «Самрук-Казына» Протокол №29/12 от 05 июля 2012 года по закупкам, отраженным в настоящем Договоре.

14.6. Страховщик согласен с тем, что банк-котрагент Страхователь на ежедневной основе будет предоставлять на единый защищенный канал SWIFT/КЦМР АО «ФНБ «Самрук-Казына» банковские выписки о движении денежных средств в рамках настоящего Договора, согласно протоколу Правления АО «ФНБ «Самрук-Казына» №43/13 от 14.08.2013 года.

14.7. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором страхования, стороны руководствуются законодательством Республики Казахстан.

14.8. Настоящий 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.

14.9. Настоящий договор страхования заключен в двух аутентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, и вручен каждой из сторон.

Приложениями к настоящему договору страхования являются:

1. Приложение 1 - Программа страхования

2. Приложение 2 - Список застрахованных лиц

3. Приложение 3 - Медицинская сеть ассистанса

4. Приложение 4 - Заявления на добровольное страхование на случай болезни

5. Приложение 5 – Форма Акта приема передач оказанных услуг.

6. Приложение 6 – Форма отчетности по местному содержанию.

**Страховщик: Страхователь:**

**ТОО «АлматыЭнергоСбыт»**

**Генеральный директор**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Г. Гамбургер**

**М.П М.П.**

### Приложение № 1

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**добровольного страхования на случай болезни**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 года**

**Программа (страхования)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Количество сотрудников – 493 человек

Стоимость за сотрудника – \_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | Лимит ответственности, тенге | Описание |
| CALL-сenter | Полное покрытие | Круглосуточная диспетчерская служба:  * предоставление информации о медицинских учреждениях, расходовании лимитов застрахованного; * запись на прием к врачу, * вызов семейного врача на дом; * вызов скорой помощи круглосуточно |
| Скорая помощь | **Полное покрытие** | Организация экстренной медицинской помощи при возникновении у застрахованного угрожающих жизни и здоровью состояний (неотложные состояния) бригадой собственной и государственной служб скорой помощи через Call-Center (в г. Алматы). Выезд бригады СМП осуществляется в пределах административных границ городов и областных центров:   * первичный осмотр больного и проведение необходимой экспресс – диагностики; * экстренные лечебные манипуляции; * при необходимости - транспортировка в стационар |
| Услуги семейного врача и медицинской сестры в условиях поликлиники | **Полное покрытие** | Прием в условиях поликлиники – в соответствии с графиком работы.   * осмотр врачом; диагностика; медицинские назначения; * оформление направлений на консультации и лечение к узким специалистам; * оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования; * оформление листов временной нетрудоспособности; * выписка рецептов на получение лекарственных препаратов в аптеках – участниках медицинской сети; * организация экстренной госпитализации и наблюдение при стационарном лечении; * ведение амбулаторной медицинской карты |
| Услуги семейного врача на дому | **Полное покрытие** | При повышении температуры тела выше 38,5°С, выраженном болевом синдроме, подозрении на инфекционное заболевание и других состояниях, когда, с точки зрения врача, застрахованный не может обратиться в поликлинику самостоятельно:   * осмотр врачом; диагностика; медицинские назначения; * оформление направлений на прием к узким специалистам; * оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования; * оформление листов временной нетрудоспособности; * выписка рецептов на получение лекарственных препаратов в аптеках – участниках медицинской сети;   Выезд семейного врача осуществляется в пределах административных границ городов и областных центров. |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным и лечебным показаниям | **Полное покрытие** | Предоставление медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги, по направлению семейного врача:   * осмотр, консультации врачей - специалистов узкого профиля; * **диагностические лабораторные исследования по показаниям**:   клинические, биохимические, цитологические, бактериологические  исследования мазка (бакпосев), в том числе исследования на определение  гормонального статуса (ИФА не более 3-х маркеров);   * **диагностические инструментальные исследования по показаниям:**   ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, УЗИ, рентгенография, флюорография, эндоскопия;   * лечебные манипуляции: инъекции, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, оториноларингологические и другие амбулаторные процедуры; * услуги процедурного кабинета; * физиотерапевтические услуги; * массаж по лечебным показаниям – 1 курс (10 сеансов, одна зона). |
| Стационарное лечение по экстренным показаниям | **Полное покрытие** | Организация госпитализации, предоставление медицинской помощи в стационарах, входящих в медицинскую сеть страховщика; госпитализация в экстренных случаях - бригадой скорой медицинской помощи (по основному заболеванию, послужившему причиной госпитализации):   * осмотр, консультации врачей - специалистов узких профилей; * пребывание в палате; питание, услуги медицинского персонала; * консервативное (терапевтическое) лечение, проведение оперативного лечения - хирургическе операции (анастезия, перевязочные материалы, пребывание в платной палате, питание, услуги врачей, медикаменты . * проведение лабораторно-инструментального обследования; * традиционная физиотерапия, занятия лечебной физкультурой, массаж (в пределах лимита и объема по соответствующей категории списания); * применение лекарственных средств, необходимых для лечения |
| Лекарственное обеспечение | **30 000** | Бесплатное предоставление лекарственных средств по рецепту семейного врача в аптеках – участниках медицинской сети. |
| Стоматология | Терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение острых и хронических заболеваний зубов и десен. |
| Вакцинация от гриппа для сотрудника | **Полное покрытие** | Проводится 1 раз в год в соответствии с эпидемиологической ситуацией по желанию застрахованного;  Проводится в медицинском учреждении, определенном страховой компанией, в сроки, предварительно определенные сторонами;  При условии единовременной вакцинации 10 и более человек - возможно проведение вакцинации сотрудников с выездом медицинской бригады в офис клиента |
| Общий лимит по медицинским услугам | **650 000** | Общий лимит ответственности, а также лимиты по отдельным медицинским услугам являются общими для застрахованных и членов их семьи и распространяются на всю семью |

**Страховщик: Страхователь:**

**ТОО «АлматыЭнергоСбыт»**

**Генеральный директор**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Г. Гамбургер**

м.п.м.п.

### Приложение № 6

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**добровольного страхования на случай болезни**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 года**

ФОРМА

Отчетность по местному содержанию

в договоре №\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года на оказание услуг

Абонент - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оператор - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Субподрядчик - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается при наличии)

формула расчета: КСу= 100%\*∑(СТi\*Кi)+∑(СДj-СТj-ССДj)\*R\S

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № договора **j** | Фактическая сумма договора, тенге с НДС **СД** | общая стоимость товаров, приобретенных Оператором или субподрядчиком по договору, тенге с НДС **СТ** | сумма субподрядных договоров, тенге с НДС  **ССД** | доля ФОТ казахстанских кадров, % **R** | сумма КС в Операторе и субподрядчике, тенге с НДС **∑(СДj-СТj-ССДj)\*R** | № **i** | наименование товара  **Т** | Общая стоимость, тенге с НДС **CТ** | доля КС по сертификату СТ-КЗ  **К** | Наименование Поставщика товаров | Сумма КС в товар, тенге с НДС **∑(СТi\*Кi)** | общая сумма КС в договоре, тенге с НДС |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **∑** |  |  | **∑** |  |  | **∑** |  |  | **∑** | **∑** |

Местное содержание в исполненном договоре составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %.

К отчету прилагается:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_ листах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Оператора)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность руководителя) (инициалы, фамилия руководителя)

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик:** | **Страхователь:** |
|  | **ТОО «АлматыЭнергоСбыт»** |
|  | **Генеральный директор** |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **М.Г. Гамбургер** |
| м.п. | м.п. |