

ПРОЕКТ ДОГОВОРА добровольного страхования на случай болезни

г. Астана

«__» _____ 2016 г.

Товарищество с ограниченной ответственностью «КазТрансГаз Өнімдері», именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Страховщик» (лицензия на право осуществления страховой деятельности по добровольному общему страхованию от _____ № _____), в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», руководствуясь Правилами закупок товаров, работ и услуг акционерным обществом «Фонд национального благосостояния «Самрук-Қазына» и организациями пятьдесят и более процентов голосующих акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Қазына» на праве собственности или доверительного управления (далее – Холдинг), утвержденными решением Совета директоров АО «Самрук-Қазына» от 28 января 2016 года №121 (далее – Правила), и на основании протокола об итогах тендера от _____ 201_г. № _____, заключили настоящий договор добровольного страхования на случай болезни (далее – Договор) о нижеследующем.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В Договоре нижеперечисленные термины будут иметь следующее толкование:

1.1. **Врач** – лицо, имеющее высшее медицинское образование и лицензию на право осуществления соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

1.2. **Семейный врач или Врач - координатор** – лицо, осуществляющее организацию предоставления и получения Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором.

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

1.4. **Госпитализация по экстренным показаниям** – госпитализация Застрахованного в медицинскую организацию в случае внезапного ухудшения состояния его здоровья.

1.5. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование, соответствующее требованиям, установленным Договором.

1.6. Медицинская организация – специализированная медицинская организация, которая предоставляет Застрахованному медицинские услуги, имеющая лицензию на право осуществление соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

1.7. Направление семейного врача или врача - координатора – документ установленного образца, выдаваемый семейным врачом/врачом-координатором Представителя Страховщика, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.

1.8. Программа страхования (Приложение №1 к Договору) – перечень медицинских услуг, лекарственное обеспечение, предоставляемых Застрахованному медицинскими организациями, врачами, аптеками в пределах установленных лимитов согласно Договору.

1.9. Период действия страховой защиты – период времени, в течение которого Страховщик (Представитель Страховщика) несет свои обязательства в соответствии с Договором.

1.10. Представитель Страховщика (медицинский ассистанс) – юридическое лицо, которое организывает и предоставляет для Застрахованного медицинскую помощь в соответствии с Договором и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности.

1.11. Страховщик – юридическое лицо, заключившее Договор со Страхователем.

1.12. Страховая сумма – это сумма денег, на которую застрахован объект страхования, которая является предельным объемом ответственности Страховщика (Представителя Страховщика), установленным в соответствии с Программами страхования Договора.

1.13. Страховая премия – сумма денег, которую Страхователь оплачивает Страховщику за принятие последним обязательств, предусмотренных Договором.

1.14. Страховой случай – событие, с наступлением которого Договор предусматривает осуществление страховой выплаты.

1.15. Страхователь – товарищество с ограниченной ответственностью «КазТрансГаз Өнімдері», заключившее со Страховщиком Договор.

1.16. Список Застрахованных – перечень лиц, подлежащих медицинскому страхованию, предоставляемый Страхователем Страховщику (Представителю Страховщика) и по необходимости обновляемый в порядке и сроки, установленные Договором. Список Застрахованных приведен в Приложении №2 к Настоящему Договору.

1.17. Стационарное лечение по экстренным показаниям – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в связи с внезапно возникшим заболеванием Застрахованного.

1.18. Стационарное лечение по медицинским показаниям – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), необходимость которого была

заранее очевидна и дата проведения которого была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

1.19. Страховая документация - документация, выдаваемая Страховщиком Застрахованным для получения медицинских услуг, предусмотренных Программами страхования. Страховая документация включает в себя: личную карточку Застрахованного с указанием на ней индивидуального номера карточки, Фамилию, Имя, Отчество ее владельца, название Программы страхования, периода страхования, наименование Страхователя, номера контактных телефонов Представителя Страховщика. Данная страховая документация подтверждает право Застрахованных на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях.

1.20. Территория страхования – Республика Казахстан.

1.21. Хирургическая операция по экстренным показаниям – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, немедленно сделанная Застрахованному, после его поступления в приемный покой медицинской организации.

1.22. Хирургическая операция по медицинским показаниям – операция, необходимость и дата проведения которой была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика) и которая была проведена в медицинской организации из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

1.23. Член семьи (лицо, включенное в список Застрахованных) – мать, отец, супруг (супруга) Застрахованного и дети в возрасте от рождения до 25 лет, проживающие совместно.

1.24. Экстренные показания – это внезапное ухудшение здоровья Застрахованного, вызванное непредвидимым заболеванием Застрахованного.

1.25. Экстренная медицинская помощь – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу для жизни Застрахованного, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства.

1.26. Диагностические показания – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование). Диагностические мероприятия проводятся при угрожающих состояниях, при впервые появившихся болевых симптомов, при обострениях хронических заболеваний.

1.27. Лечебные показания – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом в период обострения заболевания.

1.28. Профилактические показания – комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры.

1.29. Амбулаторно-поликлиническая помощь - профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Важной составной

частью при этом являются профилактические осмотры, медицинские осмотры, диспансеризация.

1.30. **Медицинские показания** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, в том числе и заболеваний, находящихся вне стадии обострения.

1.31. **Периодический обязательный медицинский осмотр-медицинский осмотр**, проводящийся с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Предметом Договора является добровольное страхование на случай болезни (Приложение № 1 к Договору), в связи с чем, Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик (Представитель Страховщика) обязуется при наступлении страхового случая организовать и обеспечить (финансировать) оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими организациями или врачами из списка Страховщика (Представителя Страховщика) путем оплаты медицинским организациям и/или врачам расходов по оказанным медицинским услугам Страхователю (Застрахованному), предусмотренным Договором.

2.2. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным, определен в Договоре.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного) согласно Приложению №2 к Договору, связанные с оплатой расходов, вызванных обращением Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика за медицинскими услугами в объеме и на условиях, определенных Программами страхования, выбранными и оплаченными Страхователем и предусмотренными в Договоре.

3.2. Лица, включенные Страхователем в список Застрахованных, не являющиеся работниками Страхователя, имеют все права Застрахованного лица, предусмотренные Договором.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма на одного Застрахованного устанавливается в соответствии с Приложением №1 к Договору согласно выбранной Программе страхования.

4.2. Общая страховая сумма на момент заключения Договора составляет _____ тенге.

4.3. После осуществления страховой выплаты размер страховой суммы уменьшается на величину осуществленной страховой выплаты.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Размер страховой премии на одного Застрахованного определяется согласно Приложению №1 к Договору, составляет _____ тенге и не подлежит изменению в сторону увеличения в течение всего срока действия Договора.

Общая страховая премия на момент заключения Договора рассчитывается в соответствии с Приложением №4 к Договору и составляет для Программы №1 _____ тенге (далее – Общая сумма Договора). Общая сумма Договора является окончательной и не подлежат изменению, за исключением случаев, предусмотренных в пункте 133 Правил и включает все расходы Страховщика, связанные с оказанием услуг по Договору.

5.2. Оплата по Договору производится в следующем порядке:

5.2.1. Исчисленная на фактическое количество Застрахованных (согласно списка) страховая премия оплачивается единовременным платежом на расчетный счет Страховщика, в течение 7 (семи) банковских дней со дня получения от Страховщика счета на оплату.

5.3. Исчисленная страховая премия уплачивается Страхователем безналичным платежом на основании выставляемого Страховщиком счета.

5.4. В случае изменения количества Застрахованных корректировка общей суммы Договора производится с учетом положений раздела 12 Договора путем подписания Сторонами дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью Договора. В случае если Общая сумма Договора по дополнительному соглашению превышает сумму, оплаченную Страхователем в соответствии с пунктом 5.2 Договора, разница подлежит оплате Страхователем безналичным платежом в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты выставления Страховщиком счета.

6. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА (ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА) ОТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

6.1. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного (лица, включенного в список Застрахованных) к врачам и/или в медицинские организации из списка Представителя Страховщика (Приложение №3 к Договору) по поводу заболевания, травмы, по иным основаниям, требующим оказания медицинской помощи или консультации медицинских специалистов, а также другие случаи в соответствии с перечнем и объемом услуг, предусмотренных Приложением №1 к Договору.

6.2. Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая указываются в Приложении №5 к Договору.

6.3. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая указываются в Приложении №6 к Договору.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Страховщик назначает своим представителем по вопросам организации и предоставления медицинских услуг Застрахованным _____ . Представитель, в свою очередь, назначает ответственных лиц (семейного врача или врача-координатора) за организацию медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным.

7.2. При наступлении страхового случая Представитель Страховщика самостоятельно организывает, контролирует и оплачивает расходы врачей или медицинских организаций за оказание Застрахованному медицинской помощи (услуг) в пределах страховой суммы, предусмотренной Договором.

7.3. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинских услуг, полученных Застрахованным у врачей и/или в медицинских организациях из списка Представителя Страховщика, по ценам, согласованным между Представителем Страховщика и врачом и/или медицинской организацией по каждому определенному страховому случаю, но не дороже расценок, применяемых врачом и/или медицинской организацией при оказании медицинских услуг по отношению к иным лицам.

7.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком (Представителем Страховщика) безналичным платежом, с оформлением всех надлежащих документов в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения от врача, медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах Программы страхования.

В случае предоставления неполного пакета необходимых для принятия решения о страховой выплате документов, Страховщик в 5-дневный срок (исключая праздничные и выходные дни) уведомляет Страхователя (Застрахованного)/Выгодоприобретателя о необходимости предоставления недостающих документов с указанием их перечня.

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

7.6. В случае превышения расходов Застрахованного страховой суммы за оказанные медицинские услуги, Представитель Страховщика обязан уведомить об этом Застрахованного (лицо, включенное в список Застрахованных) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения от медицинской организации и/или врача счета на оплату.

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

7.8. В случае неоплаты превышения расходов Застрахованным, страховая защита по данному Застрахованному приостанавливается до момента оплаты.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик (Представитель Страховщика) имеет право:

8.1.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;

8.1.2. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги;

8.1.3. направлять запросы в соответствующие медицинские и иные компетентные организации по факту страхового случая;

8.1.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

8.1.5. требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;

8.1.6. при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика), отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретения медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских организациях, не указанных в списке Страховщика (Представителя Страховщика);

8.1.7. изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя или Застрахованного;

8.1.8. предоставить отчет по доле местного содержания поставляемых услуг в соответствии с Единой методикой расчета организациями местного содержания при закупке товаров, работ и услуг, утвержденной Приказом Министра по инвестициям и развитию РК от 30.01.2015 года №87.

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

8.2. Страховщик (Представитель Страховщика) обязан:

8.2.1. назначить своего представителя по вопросам организации и предоставления медицинских услуг Застрахованным;

8.2.2. ознакомить Страхователя с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из Договора, программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.2.3. по требованию Страхователя отчет по оказанным медицинским услугам Застрахованным с указанием Ф.И.О., суммы, периода и вида медицинских услуг;

8.2.4. организовать, оплатить и контролировать качество медицинских услуг, оказываемых Застрахованному, а также защищать его интересы в пределах Договора;

8.2.5. обеспечить контроль над выполнением соответствующих договоров с медицинскими организациями, указанными в Приложении №3 к Договору, на оказание ими услуг Застрахованным согласно условиям Договора;

8.2.6. обеспечить тайну страхования, в том числе не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Застрахованном, Страхователе;

8.2.7. предоставить Страхователю страховую документацию на каждого Застрахованного в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания Договора;

8.2.8. в случае утраты/утери личной карточки Застрахованного в течение 24 (двадцати четырех) рабочих дней выдать новые личные карточки Застрахованным, при этом Застрахованный уплачивает стоимость ее изготовления в размере 500 (пятьсот) тенге (в том числе НДС);

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

8.2.10. в течение 10 (десяти) календарных дней с даты подписания Договора предоставить анкету по форме согласно Приложению № 9 к Договору;

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

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. получать разъяснения по программам страхования, об условиях Договора, порядке предоставления медицинских услуг;

8.3.2. изменять состав списка Застрахованных путем направления письменного уведомления Страховщику. При этом заключается дополнительное соглашение к Договору и производится перерасчет страховой суммы и страховой премии для сотрудников;

8.3.3. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. осуществлять оплату страховой премии в сроки и в размерах, предусмотренных условиями Договора;

8.4.2. ознакомить Застрахованных с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из Договора;

8.4.3. ознакомить Застрахованных с программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

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

8.4.5. письменно уведомить Страховщика за 14 (четырнадцать) рабочих дней о дате проведения вакцинации и проф. осмотра для Застрахованных с предоставлением списка Застрахованных и регионов;

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

8.5. Застрахованный имеет право:

8.5.1. требовать осуществления Страховщиком контроля над качеством и объемом оказываемых медицинских услуг базовыми медицинскими организациями Представителя Страховщика и ставить Страхователя в известность о качестве предоставляемых медицинских услуг Страховщиком и медицинскими организациями;

8.5.2. обращаться за необходимой медицинской помощью в медицинские организации из Списка Представителя Страховщика (Приложение №3 к Договору);

8.5.3. на получение медицинских услуг в составе и объеме, предусмотренных Договором и Приложением №1 к Договору;

8.5.4. иметь иные права, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

8.6. Застрахованный обязан:

8.6.1. до обращения в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика за медицинской помощью (услугой), установленной Договором, связаться с Представителем Страховщика и получить информацию о дальнейших действиях;

8.6.2. заботиться о сохранности страховой документации и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

8.6.3. Застрахованный или члены его семьи в случае получения медицинских услуг и/или приобретения медицинских препаратов после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного, либо не предусмотренных программой страхования, обязаны возместить Представителю Страховщика указанные расходы в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате;

8.6.4. соблюдать условия Договора, соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинской организации;

8.6.5. предоставлять Представителю Страховщика всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

8.6.6. заботиться о сохранности своего здоровья;

8.6.7. при получении медицинских услуг, предусмотренных в программах страхования, предъявить врачу и/или в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика личную карточку Застрахованного и удостоверение личности;

8.6.8. получить письменное разрешение Представителя Страховщика или направление врача из списка Представителя Страховщика в случаях, определенных программами страхования и Приложением № 6 Договора;

8.6.9. при госпитализации по экстренным показаниям в медицинскую организацию не из списка Представителя Страховщика, не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Страховщику/Представителю Страховщика лично или через своего представителя о наступлении страхового случая;

8.6.10. передать Страховщику/Представителю Страховщика всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику/Представителю Страховщика для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;

8.6.11. при увольнении вернуть Страхователю всю страховую документацию;

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

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

9. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. В качестве гарантии своевременного, полного и надлежащего исполнения своих обязательств по Договору Страховщик обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня заключения Договора внести обеспечение исполнения Договора в размере 5% (пяти процентов) от Общей суммы Договора. Страховщик вправе выбрать один из следующих видов обеспечения исполнения Договора:

1) гарантийный денежный взнос, который вносится на банковский счет Страхователя: _____

2) банковская гарантия по форме, установленной Приложением №8 к Договору.

9.2. Срок действия банковской гарантии, внесенной в качестве обеспечения исполнения Договора, должен быть до полного исполнения Договора.

9.3. Не допускается совершение Страховщиком действий, приводящих к возникновению у третьих лиц права требования в целом либо в части на внесенный гарантийный денежный взнос до полного исполнения обязательств по Договору.

9.4. Страхователь возвращает внесенное Страховщиком обеспечение исполнения Договора в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты полного и надлежащего исполнения им своих обязательств по Договору.

9.5. Страхователь вправе удержать из суммы внесенного обеспечения исполнения Договора сумму неустойки/штрафа, начисленную Страховщику за нарушение исполнения им договорных обязательств и возникших в связи с этим убытков. Оставшаяся сумма обеспечения исполнения Договора возвращается Страховщику в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты полного

и надлежащего исполнения им своих обязательств по Договору, а также устранения им допущенных и возможных к устранению нарушений условий Договора (в случае допущения таких нарушений) без внесения его в Перечень ненадежных потенциальных поставщиков (поставщиков) Холдинга.

При этом в случае полной оплаты штрафных санкций самостоятельно Страховщиком обеспечение исполнения Договора Страхователем не удерживается и Страховщик не вносится в Перечень ненадежных потенциальных поставщиков (поставщиков) Холдинга.

9.6. В случае невнесения Страховщиком обеспечения исполнения Договора, в срок, указанный в пункте 9.1 Договора, Страхователь:

- 1) в одностороннем порядке расторгает Договор;
- 2) удерживает внесенное обеспечение заявки на участие в тендере;
- 3) направляет в установленном порядке информацию в уполномоченный орган по вопросам закупок для внесения сведений о Страховщике в Перечень ненадежных поставщиков Холдинга.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

10.1. Для заключения Договора Страхователь должен представить Страховщику список Застрахованных (Приложение №2 к Договору).

10.2. Страховщик принимает на страхование лиц в соответствии со всеми ниже перечисленными требованиями:

- не являющихся инвалидами I, II групп (лицам, имеющим инвалидность III группы, не покрываются расходы на лечение заболевания, повлекшего данную инвалидность, его осложнений и последствий, а также любых состояний, находящихся в прямой причинно-следственной связи с данным заболеванием);

- не госпитализированных на момент заключения Договора;

- не состоящих на учете в наркологическом, психоневрологическом, онкологическом, кожно-венерологическом диспансерах, не болеющих СПИД-ом или туберкулезом, за исключением случаев, прямо предусмотренных Договором.

10.3. Все изменения и дополнения к Договору оформляются дополнительными соглашениями и подписываются уполномоченными представителями Сторон.

10.4. О намерении изменить условия Договора инициативная Сторона должна письменно уведомить другую Сторону не позднее 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты изменения.

10.5. Не допускается вносить изменения в договор, не предусмотренные в пункте 133 Правил.

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

10.7. Договор может быть досрочно прекращен по инициативе Страховщика в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем и/или Застрахованным своих обязательств по Договору, с соблюдением условий пункта 10.10 Договора. При этом страховая премия или ее часть возврату не подлежит.

10.8. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, с соблюдением условий пункта 10.10 Договора.

При отказе Страхователя от Договора (как в отношении всего Договора, так и в отношении определенного Застрахованного), в случае, если Застрахованный (работник) не воспользовался услугами страхования и если данный отказ не связан с обстоятельствами, указанными в пункте 1 статьи 841 Гражданского кодекса Республики Казахстан, уплаченная Страхователем Страховщику страховая премия подлежит возврату за не истекший период страховой защиты (Приложение №7 к Договору) за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25% (двадцать пять процентов). В случае обращения Застрахованного за медицинскими услугами страховая премия остается у Страховщика в полном объеме.

10.9. При отказе Страхователя от Договора по причине неисполнения Страховщиком (Представителем Страховщика) условий Договора, Страховщик (Представитель Страховщика) возвращает Страхователю страховую премию в полном объеме в течение 30 (тридцать) рабочих дней со дня получения соответствующего требования Страхователя.

10.10. О намерении досрочного расторжения Договора, Сторона должна письменно уведомить другую Сторону за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

10.11. Не допускается вносить в проект либо заключенный Договор о закупках изменения, которые могут изменить содержание условий проводимых (проведенных) закупок и (или) предложения, явившегося основой для выбора Страховщика, по иным основаниям, не предусмотренным пунктом 131-133 Правил.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

11.1. Договор страхования вступает в силу с даты его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до конца периода действия страховой защиты.

11.2. Период действия страховой защиты с «__»_____ 20__ года до «__»_____ 20__ года, обе даты включительно.

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

12. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО И ПРИНЯТИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ

12.1. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика.

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

12.2. В случаях, когда страховые выплаты по увольняемому без замены основному Застрахованному и по членам его семьи не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за членов семьи основного Застрахованного пропорционально не истекшему периоду действия страховой защиты за вычетом суммы, понесенных Страховщиком расходов в размере 25% на ведение дела.

В случае обращения Застрахованного за медицинскими услугами страховая премия остается у Страховщика в полном объеме.

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

12.4. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных (на основании его увольнения), не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком без доплаты страховой премии за нового Застрахованного, при условии страхования последнего по аналогичной программе страхования, по согласованию Сторон.

12.5. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, Страховщик имеет право на получение за нового Застрахованного дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии, положенной Страховщику за укороченный период страхования (за нового Застрахованного), осуществляется в соответствии с Приложением №7 к Договору, при этом за застрахованных членов семьи страховая премия оплачивается в полном объеме. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением №7.

12.6. В случае включения в список Застрахованных новых работников Страхователя, страховая премия на вновь принятых Застрахованных рассчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением №7 к Договору. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду действия страховой защиты в соответствии с Приложением №7.

12.7. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного, в течение 7 (семи) рабочих дней с момента передачи Страхователем Страховщику подписанного Сторонами дополнительного соглашения и приложений к нему, при этом в страховой документации Застрахованного указывается период страховой защиты.

12.8. Замена Застрахованного влечет за собой внесение соответствующих изменений в Договор путем подписания дополнительных соглашений к Договору. Данное обстоятельство не является основанием для внесения изменений в иные условия Договора.

13. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Республики Казахстан и Договором.

13.2. Страховщик несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в виде пени в размере 0,1 % от Общей суммы Договора за каждый день просрочки, но не более 10% от Общей суммы Договора.

13.3. За нарушение сроков оплаты по Договору Страхователь несет ответственность перед Страховщиком в виде пени в размере 0,1 % от суммы, подлежащей к оплате, за каждый день просрочки, но не более 10% от суммы, подлежащей к оплате.

13.4. В случае необоснованного отказа в предоставлении или ненадлежащего предоставления Застрахованному медицинских услуг медицинскими организациями и/или врачами, данные медицинские организации и/или врачи несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

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

14. ФОРС-МАЖОР

14.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, не несет имущественную ответственность, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

14.2. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов.

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

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

16. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

16.1. Все приложения к Договору и иные прилагаемые к нему документы являются неотъемлемой его частью, если они совершены в письменной форме, скреплены подписями и печатями Сторон.

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

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

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

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

16.6. Переход прав и обязанностей по Договору к другим лицам не допускается, кроме Представителя Страховщика.

16.7. Договор составлен в двух подлинных экземплярах на казахском и русском языках, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

16.8. В случае реорганизации одной из Сторон права и обязанности по Договору не прекращаются и переходят к их правопреемникам.

16.9. Неотъемлемыми частями настоящего Договора являются:

Приложение № 1 – Программа страхования (техническая спецификация).

Приложение № 2 - Список Застрахованных.

Приложение № 3 - Аккредитованная сеть медицинских организаций.

Приложение № 4 – Расчет общей страховой премии и общей страховой суммы.

Приложение № 5 - Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты.

Приложение № 6 - Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая.

Приложение № 7 – Табель начисления страховой премии.

Приложение № 8 – Банковская гарантия (форма обеспечения исполнения Договора).

Приложение № 9 – Анкета (образец).

17. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Страховщик

Страхователь

Республика Казахстан,

ТОО «КазТрансГаз Өнімдері»

ИИК

БИК

БИН

тел.:

_____ М.П.

_____ М.П.

Приложение № 1
к Договору добровольного
страхования на случай болезни
от «__» _____ 20__ г.
№ _____

Техническая задание
Услуги по страхованию от болезней
(Добровольное коллективное медицинское страхование работников
ТОО «_____» и членов их семей на случай болезни)

Страховщик

_____ **Ф.И.О.**

Страхователь

_____ **Ф.И.О.**

Приложение № 2
к Договору добровольного страхования на
случай болезни
от «_» _____ 20_ г. № _____

Список застрахованных

№	Фамилия	Имя, Отчество	Статус клиента	Год рождения	Адрес	Контактный телефон	Регион страхования	Номер удостоверения личности (паспорта, свидетельства о рождении)	ИНН	Программа	Страхователь	Дата начала страхования	Дата окончания страховой	Страховая премия

Страховщик

М.П.

Страхователь

М.П.

Аккредитованная сеть медицинских организаций

№	Наименование медицинской организации	Виды оказываемых медицинских услуг	Особенности	Адрес	Телефон
	г. Астана				
	Амбулаторно - поликлинические услуги				
	Амбулаторно - стационарная помощь				
	Стоматологические услуги				
	Аптеки				
	Регионы				
	Амбулаторно-стационарная помощь				
	Стоматологические услуги				
	Аптека				
	Страховщик				
	Страхователь				

М.П.

М.П.

Расчет общей страховой премии и общей страховой суммы

Страховая премия на одного сотрудника по программе « _____ » составляет
..... (.....) тенге:

Расчет: (сотрудников) * тенге (годовая премия) =
(.....) тенге.

Общая страховая премия по Договору составляет (.....) тенге.

Страховая сумма на одного сотрудника по программе «.....» составляет
.....(.....) тенге:

Расчет: (сотрудников) * тенге (годовая премия) =
(.....) тенге.

Общая страховая сумма (.....) тенге.

Страховщик:

Страхователь:

М.П.

М.П.

Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты

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

1. онкологические заболевания;
2. онкогематологические заболевания;
3. доброкачественные опухолевые процессы, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
4. заболевания эндокринной системы: диабет сахарный, диабет несахарный, ожирение, феохромоцитома, болезнь Вильсона, болезнь Аддисона, синдром Кушинга, гипотиреоз - тяжелое течение, хронический гипокортицизм и др., за исключением случаев, предусмотренных Договором;
5. системные заболевания соединительной ткани: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит, системная склеродермия, системные васкулиты, узелковый периартериит, синдром Бехчета, ревматоидный артрит;
6. болезнь Бехтерева;
7. наследственные заболевания: муковисцидоз, фенилкетонурия, и др.;
8. наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц, болезнь (синдром) Паркинсона, миастения, миопатия, мозжечковая атаксия Мари, гипофизарный нанизм и др.;
9. демиелинизирующие заболевания нервной системы: болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сириногомиелия, боковой амиотрофический склероз;
10. хронические кожные заболевания: экзема, ихтиоз, псориаз, аллопеция и др.;
11. психические заболевания либо состояния: шизофрения, олигофрения, маниакально-депрессивные состояния и др.;
12. эпилепсия;
13. детский церебральный паралич;
14. врожденные пороки развития;
15. бронхиальная астма, за исключением случаев, предусмотренных Договором;
16. аллергические заболевания вне стадии обострения, аллергодиагностика, лечение методом специфической гипосенсибилизации;
17. острые и хронические лучевые поражения;
18. профессиональные заболевания (пневмокониозы, саркоидозы и др.);

19. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью;

20. хронические гепатиты и циррозы печени;

21. хронические заболевания в стадии ремиссии (вне обострения), если иное не предусмотрено Договором;

22. алкогольная, наркотическая и другие виды интоксикаций; явившиеся следствием сознательного употребления Застрахованным напитков (препаратов, токсинов);

23. беременность, роды, кесарево сечение, искусственное прерывание беременности (аборты) и их последствия, за исключением случаев, предусмотренных Договором;

24. хронические состояния либо иные заболевания, кроме соматических, возникшие до начала действия страховой защиты, любые их последствия (например, последствия травм: неправильно сросшийся перелом, остеомиелит), а также любые события, произошедшие до начала действия страховой защиты, за исключением случаев, прямо предусмотренных Договором.

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

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

1. туберкулез, за исключением диагностики;

2. инфицирование ВИЧ, синдром приобретенного иммунодефицита СПИД;

3. геморрагические вирусные лихорадки, в том числе: лихорадка Эбола, желтая лихорадка, болезнь Марбурга, лихорадка Лаоса, крымская геморрагическая лихорадка и др.;

4. брюшной тиф и паратифы А, В, С; чума, холера, сибирская язва, малярия, лепра, дифтерия, коклюш, корь, эпидемический паротит, вирусные гепатиты, инфекционный менингит, бруцеллез, туляремия; фолликулярная ангина; лакунарная ангина;

5. все инфекционные заболевания, требующие наблюдения в очаге инфекции, наблюдения и обследования контактных лиц;

6. микозы (за исключением профилактики при антибиотикотерапии), микоплазмозы, за исключением диагностики;

7. заболевания, передающиеся половым путем, за исключением диагностики (ПЦР – не более 3-х по каждому случаю).

В. Страховщик не осуществляет страховую выплату, если причинами случая явилось следующее:

1. умышленное причинение Застрахованным себе телесных повреждений или иные действия, направленные на возникновение страхового случая или способствующие его наступлению, в том числе покушение на самоубийство, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;

2. совершение Застрахованным действий, признанных в установленном порядке административными правонарушениями либо уголовными преступлениями;

3. террористические акты, военные действия, военные мероприятия, гражданская война, народные волнения, массовые беспорядки, забастовки, акты государственных органов, стихийные бедствия, воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивное заражение, техногенные и природные катастрофы;

4. участие Застрахованного в любого рода испытаниях;

5. опасные увлечения Застрахованного или занятия спортом - прыжки с парашютом, подводное плавание, полеты (управление Застрахованным летательным аппаратом, в том числе пара-, мото-, дельтаплан), альпинизм, спелеология, горные лыжи, сноуборд, участие в скачках, автогонках и др., за исключением случаев, прямо предусмотренных Договором;

6. заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом управления Застрахованным транспортным средством без соответствующего на это права, а также передачи им управления транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего права управления транспортным средством.

Г. Страховщик не компенсирует путем осуществления страховой выплаты расходы:

1. по реконструктивным (восстановительным) медицинским процедурам;

2. по косметическим операциям или косметологическому лечению;

3. по пластической, косметической и восстановительной хирургии (как с целью устранения косметических дефектов, так и с лечебной целью);

4. связанные с генетическими исследованиями;

5. связанные с хирургической коррекцией зрения и лечением миопии, катаракты, глаукомы, спазма аккомодации, всех отдаленных последствий травм глаза, в том числе с применением лазера, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, массажем век и биостимуляцией глазного яблока;

6. связанные с протезированием всех видов, в том числе трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему; расходы на замену старых пломб без медицинских показаний, имплантация зубов, услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях, лечебные

манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями, устранение ортодонтических нарушений, лечение пародонтоза;

7. связанные с косметическим лечением (в том числе лечение угревой сыпи, демодекоза кожи), коррекцией веса и фигуры, стерилизацией, контрацепцией и изменением пола;

8. связанные с экстракорпоральными методами лечения, в том числе: программный гемодиализ, внутривенная лазеро- и озонотерапия, гипокситерапия, плазмаферез, УФО крови, реоферез, цитоферез, плазмосорбция, плазмофильтрация, озонирование, альбуминовый диализ;

9. связанные с диагностикой и лечением бесплодия и нарушения потенции;

10. на услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика и логопеда, если иное не предусмотрено Договором;

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

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

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

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

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

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

17. на медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения на ношение оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок о состоянии здоровья для выезда за рубеж, оформления

санаторно-курортных карт, за исключением случаев, предусмотренных Договором;

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

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

1. не оговоренные в Договоре;

2. связанные с продолжением лечения после окончания срока действия страховой защиты или с другими действиями, которые порекомендовал врач Страховщика, за исключением стационарного лечения по экстренным показаниям (в пределах лимита);

3. по оказанию медицинской помощи и другим событиям, связанным с Договором, произошедшим вне территории действия страховой защиты;

4. по медицинским услугам, полученным Застрахованным у врача или в медицинском учреждении, не включенном в список Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных соглашением Сторон и указанных в Договоре;

5. по медицинским услугам, полученным Застрахованным без соблюдения порядка предварительного согласования их получения (без разрешения Страховщика, направления врача Страховщика, а также без лечебных показаний) в случаях, если данный порядок предусмотрен Договором;

6. по медицинским услугам, полученным сверх установленного количества услуг, предусмотренным Договором;

7. на лечение, оказанное по просьбе Застрахованного, но не назначенное врачом Представителя Страховщика (кроме экстренных обращений в медицинские учреждения);

8. на лечение и медицинские препараты, полученные Застрахованным без рецепта и направления семейного врача;

9. связанные с доставкой Застрахованного в медицинское учреждение на контрольный осмотр специалиста, получение процедур, манипуляций, проведение лабораторно-инструментальных исследований, за исключением случаев, предусмотренных Договором.

Е. Не покрываются страховой выплатой следующие лекарственные средства:

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

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

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Страховщик:

Страхователь:

_____ М.П.

_____ М.П.

Приложение № 7
к Договору добровольного
страхования на случай болезни
от «__» _____ 20__ г.
№ _____

Табель начисления страховой премии

Количество дней по страховой защите	% от страховой премии

Страховщик:

М.П.

Страхователь:

М.П.

Банковская гарантия
(форма обеспечения исполнения договора о закупках)

Наименование банка: _____
(наименование и реквизиты банка)

Кому:

(наименование и реквизиты заказчика)

Гарантийное обязательство № ____

_____ «__» _____ г.
(место нахождения)

Принимая во внимание, что _____,
(наименование поставщика)

«Поставщик», заключил (ит)* договор о закупках №__ от _____ г. (далее -
Договор) на поставку (выполнение, оказание)

_____ и Вами было
(описание товаров, работ или услуг)

предусмотрено в Договоре, что Поставщик внесет обеспечение его
исполнения в виде банковской гарантии на общую сумму

_____ тенге, настоящим _____
(наименование банка)

подтверждаем, что являемся гарантом по вышеуказанному Договору и
берем на себя безотзывное обязательство выплатить Вам по Вашему
требованию сумму, равную _____

(сумма в цифрах и прописью)

по получении Вашего письменного требования на оплату, а также
письменного подтверждения того, что Поставщик не исполнил или исполнил
ненадлежащим образом свои обязательства по Договору.

Данное гарантийное обязательство вступает в силу с момента его
подписания и действует до момента полного исполнения Поставщиком своих
обязательств по Договору.

Все права и обязанности, возникающие в связи с настоящим гарантийным
обязательством, регулируются законодательством Республики Казахстан.

Подпись и печать гарантов
Страховщик:

М.П.

Дата и адрес
Страхователь:

М.П.

АНКЕТА (образец)

1. Наименование контрагента

*(полное название в соответствии со свидетельством о государственной
регистрации)*

2. Юридический адрес контрагента

Область _____

Город _____

Район _____

Улица _____ *№ (дом, офис)* _____

*(в соответствии со статистической карточкой юридического
лица)*

3. Фактический адрес контрагента

Область _____

Город _____

Район _____

Улица _____ *№ (дом, офис)* _____

4. Реквизиты контрагента

РНН _____

БИН (ИИН) _____

5. Реквизиты банка контрагента указываемые при заключении договора

Наименование банка

Адрес банка

Контактные телефоны банка

ИИК _____

БИК _____

РНН _____

6. Контактная информация контрагента

Телефон/факс:

Моб. телефон:

Адрес электронной почты:

7. Информация по численности персонала контрагента

Общая численность персонала контрагента _____ человек

Из них:

Численность персонала по штатному расписанию _____ человек

Численность персонала по договорам об оказании возмездных услуг _____ человек

Из них:

Резиденты РК _____ человек

Не резиденты РК _____ человек

8. Статус поставщика

Субъект малого или среднего предпринимательства

Отечественный товаропроизводитель _____
(ссылка на номер строки из перечня)

Добросовестный поставщик _____
(ссылка на номер строки из перечня)

Дата заполнения: “ _____ ” _____ 201_ год

Подпись руководителя _____ (_____)
(Должность, Ф.И.О. первого руководителя юридического)

М.П.

Подпись Главного бухгалтера _____ (_____)

Страховщик:

Страхователь:

М.П.

М.П.