|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1К Правилам добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц) №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**ТИПОВОЙ ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)** |
| **г. Алматы** |  | **«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Лицензия на право осуществления страховой деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Председателя Правления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор страхования) о нижеследующем:

**РАЗДЕЛ I. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛАСС СТРАХОВАНИЯ** | **Добровольное страхование на случай болезни** |
| **СТРАХОВЩИК** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Республика Казахстан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банк:БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_РНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_БИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КБЕ: \_\_\_\_\_ |
| **СТРАХОВАТЕЛЬ** | Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место нахождения (адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банковские реквизиты: БИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_РНН:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_БИК/МФО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КБЕ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Резидент Нерезидент |
| **ЗАСТРАХОВАННЫЕ** | Всего застрахованных \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)Из них работники Страхователя, в количестве \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_)члены их семей, в количестве \_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) человек,согласно прилагаемому к настоящему Договору списку Застрахованных (Приложение 1). |
| **ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ** | Не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с его расходами по получению медицинской помощи при наступлении страхового случая |
| **СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ** | Обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования  |
| **СТРАХОВАЯ СУММА (цифрами и прописью), валюта** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге |
| **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (цифрами и прописью), валюта** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге** |
| **ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ** |  Безналичным платежом  Наличным платежом  Единовременно  В рассрочку | В случае оплаты страховой премии в рассрочку, указать количество платежей и сроки оплаты. |
| **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | Республика Казахстан. |
| **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** | С «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Обе даты включительно. Срок действия страховой защиты начинается не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого страхового взноса на счет Страховщика и действует до даты окончания срока действия договора страхования. |

**РАЗДЕЛ II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. **Предмет договора**
	1. Настоящий Договор заключен в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и Правилами добровольного страхования на случай болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее именуемые «Правила»).
	2. Предметом настоящего Договора является добровольное страхование на случай болезни.
	3. Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные настоящим Договором (раздел I), а Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) в объеме, предусмотренном Договором страхования.
2. **ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ**

В настоящем Договоре употребляются следующие термины и понятия:

**Административные расходы** – расходы Страховщика по ведению и сопровождению Договора страхования.

**Амбулаторно-поликлиническая помощь** – медицинская помощь, оказанная Застрахованному врачами общего профиля и/или узкой специализации в условиях амбулатории, поликлиники.

**Врачи и/или медицинские организации из списка Страховщика** - лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, аптеки, стоматологии, лечебно-диагностические центры, ССМП, республиканские специализированные центры медицины, клиники НИИ, частные медицинские организации) и /или врачи, осуществляющие амбулаторно-поликлиническое или стационарное лечение на основе государственной лицензии Республики Казахстан и с которыми Страховщик или медицинская сервисная компания заключили соответствующий Договор на оказание медицинских услуг Застрахованным.

**Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору страхования может быть медицинская организация, Застрахованный, Страхователь.

**Договор страхования** – документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.

**Диагностические показания** - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клинические обследования).

**Застрахованный** – лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

**Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.

**Инструментальные исследования** – диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопии, томографии и т.п.).

**Карточка медицинского обслуживания (далее - Карточка)** – персонифицированный документ, подтверждающий право получения Страхователем (Застрахованным) медицинских услуг в соответствии с Договором страхования в медицинских учреждениях и у врачей, входящих в медицинскую сеть Страховщика.

**Категория списания** – перечень исходных медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в Программе страхования, с возможным указанием лимита страховой суммы. Категорией списания могут быть амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология и тд.

**Лабораторные исследования** – диагностические исследования и анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении Заболевания.

**Лечебные показания** – медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи

**Медицинский Ассистанс** – юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком на организацию и осуществляющее услуги по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг предусмотренных Договором страхования.

**Программа страхования** (далее – Программа) – перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком.

**Профилактические показания** – показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний (например, вакцинация, профилактические осмотры).

**Стационарная помощь –** медицинская помощь, которая может быть оказана только при условии пребывания Застрахованного в стационаре в течение одних или более суток.

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

**Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев.

**Страховая сумма** (лимит ответственности) – сумма денег, на которую застрахован объект страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

**Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.

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

**Страховщик** – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Территория страхования** – территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по Договору страхования.

**Экстренные медицинские показания** – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма вплоть до летального исхода.

**Участники медицинской сети** – медицинские организации, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным.

**Члены семьи** *–* прямые родственникиЗастрахованного: супруг (супруга) в возрасте до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 23 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1. **ОЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
	1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с частичной или полной компенсацией расходов Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья в период действия страховой защиты.
2. **Страховой случай**
	1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, а также с целью прохождения профилактического осмотра (если это предусмотрено Программой страхования) и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования.
3. **СТРАХОВАЯ СУММА (лимит ответственности)**
	1. Страховая сумма (лимит ответственности) на основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи определяется выбранной Программой страхования и является общей для указанных застрахованных, то есть единой для основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи.
	2. Страховые суммы (лимит ответственности) по каждой категории списания устанавливаются Программой страхования и указываются отдельно.
	3. Страховая сумма по каждой категории списания является общей для всей семьи - основного Застрахованного и всех Застрахованных членов семьи - в пределах этой суммы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные основному Застрахованному и Застрахованным членам семьи по данной категории списания. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.
	4. Размер общей страховой суммы указан в Разделе I настоящего Договора страхования.
	5. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12(Двенадцать) месяцев, страховые суммы устанавливаются в объеме в соответствии с Программой страхования.
	6. Размер страховой суммы может быть изменен по соглашению сторон, по инициативе одной из сторон, в том числе при существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости.
4. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**
	1. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной Программой страхования и составляет \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) тенге.
	2. Страховая премия на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования и составляет \_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) тенге.
	3. Размер общей суммы страховой премии по Договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных и указан в Разделе I Договора страхования.
	4. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии со статьей 14 настоящего Договора страхования и оформляется дополнительным соглашением сторон.
	5. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате Страхователем в течение 10 (Десять) рабочих дней с момента предоставления Страховщиком соответствующего счета на оплату.
	6. Порядок оплаты страховой премии определяется в разделе I Договора страхования.
	7. Страховая премия может быть оплачена наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом по согласованию сторон.
5. **ЗАСТРАХОВАННЫЕ**
	1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от \_\_\_ до \_\_\_\_\_, если иное не оговорено соглашением сторон.
	2. К одному Застрахованному может быть прикреплено не более 3-х членов семьи, если иное не оговорено соглашением сторон.
	3. Если иное не оговорено Договором страхования, не подлежат страхованию лица, которые:
		1. являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
		2. госпитализированы на момент заключения Договора страхования по любому заболеванию;
		3. имеют на дату заключения Договора страхования:
			1. следующие из заболеваний, входящих в Перечень заболеваний, **лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения**, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г.: злокачественные новообразования, психические заболевания (а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы), эпилепсия, наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм), сахарный диабет I типа, дерматомиозит, склеродермия, СКВ (системная красная волчанка), болезнь Бехтерева, наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона, миастения, миопатия, наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии; гепато-церебральная дистрофия (б-нь Вильсона-Коновалова), фенилкетонурия, бронхиальная астма, демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
			2. 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, бруцеллез, малярия, лепра, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты; инфекционный менингит;
			3. профессиональные заболевания;
			4. радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
			5. заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;
			6. заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
			7. заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм;
			8. ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК IIБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
			9. заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;
			10. заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
			11. наследственные заболевания, врожденные пороки развития;
			12. заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;
	4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 7.3. настоящей статьи на момент заключения Договора страхования, Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.
	5. Если заболевания, указанные в пункте 7.3. настоящей статьи, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия Договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно расходы за осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости элекрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 7.3. настоящей статьи, Страховщиком не покрываются.
6. **ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ**
	1. Если Программой/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 хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);
		2. медицинским расходам, связанным с **диагностикой и** **лечением** следующих заболеваний:
			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;
			2. врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;
			3. другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых респираторных заболеваний;
			4. микозы, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР–органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;
			5. заболевания кишечника: дисбактериоз и(или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;
			6. паразитозы и(или) гельминтозы независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоз;
			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;
			8. хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;
			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;
			10. заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;
			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;
			12. заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
			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;
			14. хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а так же любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
			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);
			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;
			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:

1) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;

2) консультации невропатолога;

3) консультации физиотерапевта;

4) медикаментозную терапию в пределах лимита;

5) стационарное лечение при наличии экстренных показаний.

* + - 1. 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;
			2. хирургическое лечение гиперпластических процессов;
			3. медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в пункте 8.1.2. настоящей статьи, покрываются Страховщиком только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости элекрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен.
			4. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением новообразований;
			5. медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
			6. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;
			7. 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;
			8. 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;
			9. 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;
			10. 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;
			11. медицинским расходам, связанным с проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
			12. медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;
			13. 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;
			14. 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;
			15. 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.);
			16. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;
			17. медицинским расходам по проведению урологического массажа;
			18. 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;
			19. медицинским расходам, связанным с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
			20. медицинским расходам, связанным с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
			21. медицинским расходам, связанным со снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью;
			22. медицинским расходам, связанным с услугами психолога и психотерапевта;
			23. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;
			24. медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
			25. 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;
			26. расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям: гипсы, необходимые по экстренным показаниям);
			27. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
			28. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);
			29. с хирургическим изменением пола;
			30. медицинским расходам, связанным с диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и родам не предусмотрены Программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон, любые расходы по беременности списываются с пакета по беременности и родам;
			31. медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
			32. 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;
			33. патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон;
			34. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.
1. **ПРАВА и ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

* 1. Правовые взаимоотношения и ответственность сторон начинаются с момента подписания сторонами Договора страхования.
	2. **Страхователь имеет право:**
		1. требовать от Страховщика разъяснение условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
		2. вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных в соответствии с условиями настоящего договора;
		3. запрашивать в любое время у Страховщика изменения в списке организаций и врачей (Приложение 3) настоящего Договора страхования; договора
		4. в период действия Договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по Договору страхования, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;
		5. досрочно расторгнуть Договор страхования;
		6. получить дубликат Договора страхования;
		7. получить дубликат страховой Карточки в случае ее утери в первый раз - бесплатно, при повторной утере – за счет Застрахованного, в размере 200 тенге;
		8. на тайну страхования;
		9. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
		10. производить дополнительное включение и исключение Застрахованных из списка Застрахованных;
		11. совершать иные действия, не противоречащие Договору страхования и законодательству Республики Казахстан.
	3. **Страхователь обязан**:
		1. предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения Договора страхования, в полном объеме;
		2. уплатить страховую премию/страховые взносы в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
			1. если Страхователь не оплачивает полностью страховую премию (либо первый страховой взнос) в течение 10(Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате страховой премии (страхового взноса), Договор страхования признается не состоявшимся;
			2. если Страхователь не оплачивает очередной страховой взнос в течение 10(Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате очередного страхового взноса, Страховщик рассматривает данное обстоятельство как односторонний отказ Страхователя от исполнения Договора страхования, что влечет за собой автоматическое досрочное прекращение Договора страхования, если Сторонами не будет достигнуто соглашение об изменении сроков оплаты страховых взносов. При этом, Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты по таблице досрочного расторжения Договора страхования и производит возврат соответствующей части уплаченных ранее страховых взносов либо выставляет Страхователю счет на доплату страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты;
		3. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
		4. по требованию Застрахованного ознакомить его с условиями Договора страхования;
		5. заботиться о сохранности страховых документов (Договор страхования и Карточку) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
		6. оказывать содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;
		7. при утрате Договора страхования/Карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
		8. во всех случаях прекращения Договора страхования возвратить Страховщику Карточку, действие которой прекращается с момента прекращения Договора страхования;
		9. предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая;
		10. предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
		11. обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
		12. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.
	4. **Страховщик имеет право:**
		1. требовать от Страхователя и/или Застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения Договора страхования.
		2. изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя и/или Застрахованного;
		3. осуществлять контроль за выполнением Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;
		4. отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских учреждениях, не указанных в списке Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг у врачей и в медицинских учреждениях из списка Страховщика;
		5. требовать заполнения Заявления физического лица (Приложение 5 к Договору страхования) о состоянии здоровья сотрудника Страхователя перед включением его в список Застрахованных. В зависимости от ответов на вопросы этого заявления Страховщик имеет право запросить дополнительную информацию и/или увеличить размер страховой премии для такого Застрахованного и/или ограничить перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком в рамках Договора страхования в отношении такого Застрахованного;
		6. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;
		7. отказать в страховании Застрахованному, если Застрахованный или Страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного, запрашиваемую Страховщиком в соответствии с Договором страхования, либо досрочно расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке, если подобные факты были выявлены после заключения Договора страхования путем направления письменного уведомления Страхователю/Застрахованному. При этом Договор страхования считается расторгнутым с даты направления подобного уведомления;
		8. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;
		9. досрочно расторгнуть Договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и/или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;
		10. заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных Договором страхования;
	5. **Страховщик обязан**:
		1. обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
		2. организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных Договором страхования, в режиме работы медицинских учреждений;
		3. ознакомить Страхователя и/или Застрахованного с условиями страхования;
		4. осуществлять страховую выплату медицинским учреждениям или врачам из списка Страховщика в порядке и сроки, определенные договорами между ними и Страховщиком в рамках выбранной Страхователем Программы;
		5. соблюдать тайну страхования;
		6. вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору страхования;
		7. выдать Страхователю страховую документацию (Карточки) на Застрахованных необходимую для обращения в медицинские учреждения в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения документально подтвержденной оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования;
		8. в случае утраты (утери) Застрахованным страховых карточек выдать их дубликаты в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня извещения об этом Страхователем (Застрахованным);
		9. устно сообщить Застрахованному по его письменному запросу остаток лимитов страховых сумм на медицинские услуги, медикаменты;
		10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан;
		11. *Если обязательство по исполнению доли местного содержания было указано самим Страховщиком в его заявке на участие в закупкек, включить абзац следующего содержания:*

Страховщик обязуется обеспечить местное содержание в оказываемых Услугах в размере \_\_\_\_\_\_ % от общей суммы Договора (доля местного содержания указывается согласно заявке Страховщика на участие в тендере).

* + 1. По окончании оказания Услуг вместе с окончательным актом оказания Услуг (прим.: если подписание акта предусмотрено договором) представить Страхователю фактический расчет доли местного содержания в оказанных Услугах согласно Приложению №\_\_\_ к Договору.
		2. За несвоевременное предоставление отчетности по местному содержанию уплатить Страхователю пеню в размере 0,1% от суммы Договора за каждый день просрочки, но не более 15% от суммы Договора.
	1. **Застрахованный имеет право:**
		1. получать медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в настоящем Договоре, в медицинских учреждениях и у врачей из списка Страховщика;
		2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;
		3. требовать от Страхователя разъяснения условий Договора страхования.
	2. **Застрахованный обязан:**
		1. при каждом обращении к врачам и/или в медицинское учреждение из списка Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;
		2. соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;
		3. соблюдать условия Договора страхования;
		4. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
		5. при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, не включенные в список Страховщика известить об этом Страховщика в течение срока указанного в Договоре страхования, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;
		6. обращаться к участникам медицинской сети из списка Страховщика строго в соответствии с Программой страхования;
		7. при исключении из списка Застрахованных вернуть Карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в срок, указанный в Договоре страхования;
		8. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.
1. **ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. УЧАСТНИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ**
	1. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться к работнику Страховщика или медицинского Ассистанса и следовать его указаниям.
	2. При каждом обращении к работнику медицинского Ассистанса Застрахованный обязан предъявить Карточку и документ, удостоверяющий личность. Получение медицинских услуг в участниках медицинской сети возможно лишь при наличии направления работника медицинского Ассистанса, за исключением экстренных случаев, при соблюдении условий, указанных в п. 10.12. настоящей статьи.
	3. Основанием для предоставления Застрахованному медицинских услуг до момента получения Карточки является настоящий Договор страхования или его копия.
	4. Медицинские услуги оказываются непосредственно медицинским Ассистансом или по решению/направлению медицинского Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список сети Страховщика.
	5. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.
	6. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:
		1. не являются необходимыми и достаточными для лечения;
		2. были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.
	7. **Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям** включают в себя прием семейного врача, срочные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках выбранной Программы страхования)  и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза  и направленные на немедленное купирование  экстренного состояния.
		1. **Экстренные медицинские показания** – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно, а именно в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.
		2. **Экстренными показаниями** для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:
			1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца);
			2. кровотечения;
			3. травмы (переломы, ушибы и т.д.);
			4. гипертермия выше 39°С;
			5. абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
			6. ожоги 2-4 степени;
			7. острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);
			8. гипертонические кризы.
	8. **Экстренные показания** к стационарному лечению:
		1. бессознательное состояние;
		2. наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
		3. ожоги и обморожения;
		4. острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
		5. отравления;
		6. аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
		7. судороги;
		8. острые хирургические состояния;
		9. острая почечная недостаточность;
		10. острая печеночная недостаточность;
		11. острая церебральная недостаточность;
		12. острая дыхательная недостаточность;
		13. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
		14. острый инфаркт миокарда;
		15. гипертонический криз;
		16. нестабильная стенокардия;
		17. шок любой этиологии.
	9. **Лечебные показания** – медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи.
	10. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинской сервисной компании по согласованию со Страховщиком, согласно перечню участников медицинской сети, соответствующего выбранной Программе страхования.
	11. В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящимися в причинно-следственной связи с основным заболеванием, послужившим непосредственной причиной госпитализации Застрахованного, до 10 (Десяти) койко-дней по одному страховому случаю. Страховщиком не покрываются расходы за госпитализацию в палату VIP и/или люкс уровня.
	12. В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в медицинскую сервисную компанию, Страхователь, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Страховщика или медицинскую сервисную компанию о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.
	13. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) Договора страхования, Карточки, Страхователь (Застрахованный) обязан в течение 3 (Трех) рабочих дней сообщить о факте утери Страховщику в письменной форме, после чего утраченные документы не могут являться основанием для получения медицинских услуг.
	14. В случае если Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику об утере Карточки позднее срока, указанного в пункте 10.13. настоящей статьи, Страхователь (Застрахованный) возмещает Страховщику осуществленные страховые выплаты по медицинским услугам, полученным по данной Карточке с момента ее утери до момента получения Страховщиком уведомления об утере Карточки.
	15. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги в медицинских организациях - участниках медицинской сети.
	16. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, при согласовании и по направлению семейного врача в медицинские организации, не являющиеся Участниками медицинской сети только в случае, если необходимая Застрахованному по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза медицинская услуга по какой-либо причине не может быть оказана в Участниках медицинской сети.
	17. В случаях, указанных в пунктах 10.12. и 10.16. настоящей статьи, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет в медицинскую сервисную компанию либо Страховщику документы необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии со статьей 12 настоящего Договора страхования.
	18. При обращении Застрахованного в медицинские организации, Страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения Застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.
	19. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети, 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.
	20. Список Участников медицинской сети указан в Приложении №3 к настоящему Договору страхования.
	21. Страховщик имеет право вносить изменения в список Участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке Участников медицинской сети. При исключении из списка Участника медицинской сети, Страховщик обязан уведомить об этом Страхователя в течение 10(Десяти) рабочих дней с момента такого изменения.
	22. В случае если на момент исключения медицинской организации из списка Участников медицинской сети, Застрахованный уже получил медицинскую услугу в этой медицинской организации, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления.
2. **ИСЧЕРПАНИЕ И ПЕРЕРАСХОД СТРАХОВОЙ СУММЫ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ ПО КАТЕГОРИИ СПИСАНИЯ.**
	1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по медицинским услугам по соответствующей категории списания.
	2. Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается.
	3. Исчерпание страховой суммы по одной из категорий списания не влечет за собой прекращения Договора страхования.
	4. Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы, предусмотренной Программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Застрахованным (Страхователем).
	5. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (Ассистанс) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).
	6. Застрахованный, по Программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан втечение 10 (Десяти) рабочих дней, с момента получения уведомления оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу Страховщика (кассу Ассистанса) наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет Страховщика (Ассистанса).
	7. В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным задолженности в указанный период, Страховщик полностью блокирует действие Карточки, с последующим снятием со страхования по истечении 30 (Тридцати) календарных дней. Возврат страховой премии по данному Застрахованному, а также по прикрепленным членам семьи не производится.
	8. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями, оплата такой медицинской услуги производится Застрахованным самостоятельно, либо Застрахованный возмещает их стоимость Страховщику. В этом случае, Страховщик (Ассистанс) письменно уведомляет Застрахованного о возникшей задолженности и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента оплаты за полученные медицинские услуги (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью), Застрахованный обязан в срок, предусмотренный Договором страхования, оплатить возникшую задолженность в полном объеме.
3. **РАЗМЕР, ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ**

* 1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в тенге, путем возмещения расходов на медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.
	2. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному Участниками медицинской сети, производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счета Медицинского Ассистанса, оказавшего услуги. Сроки устанавливаются совместно Страховщиком и Медицинским Ассистансом.
	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.
	4. В случаях, предусмотренных пунктом 10.12. и 10.16. настоящего Договора страхования, Страховщик возмещает Застрахованному 100% от суммы покрываемых расходов, оплаченных 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 следующие документы:
		1. копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя), либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
		2. копию свидетельства налогоплательщика (РНН) получателя при наличии, ИИН получателя;
		3. направление врача - работника медицинской сервисной компании.
	5. Документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:
1. *по амбулаторно–поликлинической помощи* – счет - фактуру, фискальный чек и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
2. *по стационарному лечению* – счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;
3. *по стоматологическому лечению* – заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом), фискальный чек;
4. *по лекарственному обеспечению* – товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций;
	1. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления (рецепта) врача – работника медицинской сервисной компании, Страховщиком не возмещаются, за исключением расходов по стоматологии.
	2. Страховщик осуществляет возмещение расходов, самостоятельно оплаченных Застрахованным при получении услуг по стоматологии в размере 70% от покрываемых расходов, если соглашением не предусмотрено иное.
	3. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.
	4. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на выгодоприобретателя (Застрахованного/Страхователя).
	5. Страховщик обязан в течение 20(Двадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 12.4. и 12.5., осуществить страховую выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.
	6. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного.
5. **ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**
	1. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг Программе страхования и страховой сумме, в том числе, по каждому Застрахованному и по каждой медицинской услуге.
	2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный (Страхователь):
		1. получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования;
		2. получил медицинские услуги в медицинской организации, входящей в перечень Участников медицинской сети, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;
		3. получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;
		4. сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования;
		5. своевременно не известил о наступлении страхового случая;
		6. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный Договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
		7. передал свой Договор страхования/Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.
	3. 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).
6. **ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННОГО.**

**ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО**

* 1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.
	2. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика. При этом Страхователь подает заявление Страховщику о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы Застрахованного, исключаемого из списка Застрахованных.
	3. В случае если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком автоматически без доплаты на нового Застрахованного.
	4. Замена и исключение Застрахованного из списка одновременно влечет за собой замену и исключение к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи. Период действия договора в отношении вновь включенного (замененного) Застрахованного начинается с даты замены и до окончания действия настоящего Договора страхования.
	5. Включение в список вновь принятого сотрудника происходит одновременно с исключением из него увольняемого сотрудника.
	6. Действие страховой защиты в отношении включенного (исключенного) Застрахованного и к нему Прикрепленных начинается (прекращается) со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления от Страхователя.
	7. Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему идентификационные карточки вновь включенного Застрахованного и к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи.
	8. Страхователь в течение 3 (Трех) рабочих дней со дня подачи заявления об исключении лица из списка Застрахованных обязан вернуть Страховщику Карточку исключаемого лица и к нему прикрепленных членов семьи.
	9. Список Застрахованных членов семьи не подлежит корректировке в течение страхового периода (т.е. прикрепленные члены семьи не подлежат замене в течение периода действия страховой защиты).
	10. Если договором не предусмотрены другие условия дополнительного включения, то при дополнительном включении Застрахованного сотрудника в Договор страхования на срок менее 12(Двенадцати) месяцев, страховая премия оплачивается за каждого нового Застрахованного сотрудника в соответствии с табелем начисления страховой премии:

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

* 1. При дополнительном включении члена семьи в список Застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого Застрахованного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение первых 3(Трех) месяцев с даты начала действия Договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено Договором страхования.
	2. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного, в случаях, если Застрахованный воспользовался медицинскими услугами, предоставленными врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.
	3. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного члена семьи ни при каких условиях, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.
	4. При досрочном исключении Застрахованного сотрудника, из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного за минусом 25% Административных расходов, части заработанной премии, если иное не предусмотрено дополнительным соглашением сторон.
1. **УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
	1. Договор страхования прекращается в случае:
		1. истечения срока его действия;
		2. после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме страховой суммы;
		3. принятия решения судом о признании Договора страхования недействительным;
		4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;
		5. в иных случаях, предусмотренных законодательством РК и/или Договором страхования.
	2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Сторон, а также по требованию Страхователя или Страховщика. Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (Тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора страхования, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.
	3. Если Договор страхования прекращается в результате смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена или когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально не истекшему периоду действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов и административных расходов, в размере 25% от годовой страховой премии.
	4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в случаях:
		1. передачи Застрахованным Карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования;
		2. неуплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;
		3. неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;
		4. если Страхователь/Застрахованный предоставили Страховщику искаженные, неполные сведения имеющие значение для определения страхового риска.
		5. в случае представления Страховщиком недостоверной информации по доле местного содержания в услугах, при этом Страхователь вправе потребовать возмещения убытков.
	5. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в пункте 15.4., уплаченные страховые премии (страховые взносы) не подлежат возврату.
	6. В случае досрочного прекращения Договора страхования по требованию Страхователя уплаченные им страховые премии не возвращаются. Если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора страхования, то последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии пропорционально неистекшему сроку страхования, за вычетом оплаты за уже оказанные услуги.
	7. По согласованию Сторон Договор страхования может быть пролонгирован на следующий срок при условии уведомления одной из Сторон об этом за 30 (Тридцать) календарных дней до даты прекращения Договора страхования и уплаты страховой премии.
2. **ИЗМЕНЕНИЕ МЕСТА НАХОЖДЕНИЯ ИЛИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА СТРАХОВАТЕЛЯ**
	1. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или местожительству, указанному в заявлении на страхование (Приложение 4 к настоящему Договору страхования).
	2. 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).
	3. Если место нахождения Страхователя находится за пределами Республики Казахстан, то Страхователь обязан указать Страховщику уполномоченное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю.
	4. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку.
3. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
	1. Требования (претензии), вытекающие из Договора страхования могут быть предъявлены Страховщику в пределах срока исковой давности, определенного законодательством Республики Казахстан.
	2. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении между сторонами согласия, спор разрешается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
4. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**
	1. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.
	2. Договор страхования заключается в двух аутентичных экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, и вручается каждой из сторон.
* Приложение № 1 - Программа страхования
* Приложение № 2 - Список Застрахованных клиентов
* Приложение № 3 - Список лечебно-профилактических учреждений
* Приложение № 4 - Регламент обслуживания Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая
* Приложение №5- Акт приема передачи идентификационных карточек и иных документов Страховщиком Страхователю.
* Приложение № 6. Форма местного содержания.
1. **Место нахождениЯ и реквизиты сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **СТРАХОВЩИК:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Банковские реквизиты:**  | **СТРАХОВАТЕЛЬ:**РНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КБе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |