



INTERTEACH

Утверждены:
Советом Директоров АО «КК ЗиМС «Интертич»
(Протокол № 24/04 от «09» 09 2019 года
[Signature] С.О. Джундубаева
Председатель Совета Директоров



Утверждаю:
Председатель Правления
АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ»
[Signature] А.А. Исаева
« » 2019 года



**ТИПОВОЙ ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ
(ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ)**

АО №: 19/

ДАТА: _____ 2019 ГОДА

Согласовано и ознакомлены:

Заместитель Председателя Правления

[Signature] /Юсупов Б.Р.

Заместитель Председателя Правления

[Signature] / Шин Л.Б.

Финансовый контроллер

[Signature] /Егембердиева С.Т.

Главный бухгалтер

[Signature] /Токеева А.А.

Руководитель департамента корпоративных продаж

[Signature] /Адырбекова Ж.

Руководитель отдела тендерных закупок

[Signature] /Казакбай М.

Руководитель отдела по работе с клиентами

[Signature] /Тушмаева И.

Руководитель группы по взаиморасчетам с корпоративными клиентами

[Signature] /Турсукпаева Ш.

Руководитель экспертного отдела /медицинский эксперт

[Signature] /Касымова А.К.

Андеррайтер

[Signature] /Новгородцева Н.

РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ ДОГОВОРА.

_____ (далее именуемое Страхователь), в лице _____, действующий на основании _____, с одной стороны, и
Акционерное общество «Казахская корпорация здравоохранения и медицинского страхования «ИНТЕРТИЧ» (далее именуемое Страховщик), в лице Председателя Правления Исаевой Анар Амирбековны, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор добровольного страхования на случай болезни (далее – Договор) о нижеследующем:

Вид страхования:	Добровольное страхование на случай болезни
1.1. Страховщик: наименование, место нахождения, банковские реквизиты	АО «Казахская корпорация здравоохранения и медицинского страхования «ИНТЕРТИЧ» Республика Казахстан, А26F8H6, г. Алматы, пр. Нурсултан Назарбаев, 275 Е, БИН: 920440000719 ИИК KZ449650200008049526 в филиале АО «ForteBank» в г. Алматы БИК IRTYKZKA, Кбе 15
1.2. Страхователь: наименование, место нахождения, признак резидентства, сектор экономики, вид экономической деятельности банковские реквизиты.	
1.3. Застрахованные:	Согласно списку Застрахованных лиц (Приложение № 4 к настоящему договору)
1.4. Объект страхования:	Имущественные интересы Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья
1.5. Общая страховая сумма	29 000 000 (двадцать девять миллионов) тенге, на одного Застрахованного.
1.6. Страховой случай:	Обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования к врачам и (или) в медицинские организации за медицинскими услугами, при экстренном, остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаев, возникших в период действия настоящего Договора и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и настоящим договором страхования.
1.7. Общее количество Застрахованных	(_____) человек, из них: - основных Застрахованных _____ (_____) человек; - Застрахованных членов семьи _____ (_____) человек
1.8. Программа страхования	Согласно Приложению № 2 к настоящему договору
1.9. Общая страховая премия и страховой тариф: Порядок и сроки оплаты страховой премии:	_____ цена _____ (_____) прописью _____) тенге; В течение 15 рабочих дней со дня выставления счета Страховщиком.
1.10. Срок действия договора:	С «_____» февраля 2019 г. по «_____» февраля 2020 г.
1.11. Территория действия договора:	Республика Казахстан

Страхователь

.....

Страховщик

.....
 А.А. Исаева
 Председатель Правления

РАЗДЕЛ II. ФОРМА ДОГОВОРА.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать оказание Застрахованным лицам медицинских услуг, а также оплатить и/или возместить расходы по полученным Застрахованным лицом медицинским услугам, в соответствии с программой страхования и условиями настоящего Договора и Правил страхования.

2. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

2.1. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной программой страхования и установлена в размере _____ (_____) тенге за страховой период.

2.2. *Страховая премия за каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной программой страхования и установлена в размере _____ (_____) тенге. Оплата страховой премии за каждого Застрахованного члена семьи составляет 100% страховой премии за весь период страхования по договору, независимо от даты включения его в список Застрахованных лиц.*

2.3. Размер общей суммы страховой премии по Договору представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных и указан в разделе I настоящего Договора. В течение действия настоящего Договора размер общей страховой премии может изменяться в зависимости от количества Застрахованных лиц и Приложению №4 к настоящему Договору.

2.4. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате Страхователем в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня выставления Страховщиком соответствующего счета на оплату.

2.5. В случае нарушения сроков уплаты страховой премии (очередного взноса) в порядке и размерах, установленных п. 2.4. Договора, Страховщик вправе требовать от Страхователя уплаты пени в размере 0,1 % (ноль целых одной десятой процента) от суммы страхового взноса, подлежащего уплате, за каждый день просрочки, но не более 10 % (десяти процентов) от общей суммы задолженности, установленной на дату взыскания.

2.6. В случае если Страхователь не произведет оплату страхового взноса (взносов) и предусмотренной пунктом 2.5. пени, Страховщик имеет право прекратить действие настоящего Договора. В таком случае, если за этот период были зафиксированы страховые случаи, Страхователь обязан возместить Страховщику понесенные расходы по преискуранту цен Ассистанской компании, предоставившей медицинские услуги.

3. СТРАХОВАЯ СУММА.

3.1. Страховая сумма на каждого Застрахованного составляет 29 000 000 тенге.

3.2. Страховые суммы по каждой лимитированной медицинской услуге устанавливаются программой страхования и указываются отдельно.

3.3. В отношении Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее периода, установленного настоящим Договором, страховые суммы (по лимитированным услугам) рассчитываются пропорционально количеству дней, оставшихся до конца периода страховой защиты.

3.4. После осуществления страховой выплаты Страховщиком общая страховая сумма по Договору уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.

3.5. Размер страховой суммы на одного Застрахованного по страхованию лиц, выезжающих за рубеж, указывается при оформлении в полисе международного страхования.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ И ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА.

4.1. Срок действия страховой защиты по настоящему Договору совпадает со сроком действия Договора, с учетом периода, за который оплачена страховая премия (страховой взнос) и соответствует периоду, оплаченному Страхователем по Договору.

4.2. Изменения и (или) дополнения в условия настоящего Договора совершаются по соглашению сторон в письменной форме и оформляются дополнительным соглашением к Договору.

4.3. Датой начала действия договора в отношении лиц, дополнительно принимаемых на страхование, считается дата, указанная в заявке Страхователя, а датой окончания действия Договора, считается дата окончания срока действия настоящего Договора. *Период страхования членов семьи заканчивается одновременно с окончанием периода страхования сотрудника.*

4.4. Все дополнительные соглашения прекращают свое действие с окончанием срока действия настоящего Договора.

4.5. Период действия страховой защиты начинается с 00 часов 00 минут «__» сентября 2019 года и заканчивается в 00 часов 00 минут «__» сентября 2020 года (обе даты включительно).

4.6. При продлении Договора оплата производится в таком же порядке, с учетом уровня инфляции, определенного Комитетом по статистике РК.

5. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время.

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

5.3. В случае прекращения настоящего Договора, Страхователь имеет право на возмещение Страховщиком части оплаченной страховой премии за период, следующий за прекращением настоящего Договора. Возврат страховой премии производится пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования, за вычетом суммы административных расходов в размере 15% от установленной договором суммы годовой страховой премии.

5.4. Возврат страховой премии производится в течение 15 банковских дней со дня прекращения Договора.

6. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

6.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком, путем возмещения расходов по оказанным медицинским услугам в порядке, предусмотренном настоящим Договором. По настоящему Договору будут покрываться только те услуги, которые перечислены в программе страхования.

6.2. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному участниками медицинской сети, производится путем оплаты Страховщиком страховых выплат непосредственно участнику медицинской сети.

6.3. В случаях, когда Застрахованный, в соответствии с условиями настоящего Договора, самостоятельно оплатил за медицинские услуги, Страховщик возмещает расходы непосредственно Застрахованному лицу. В случае, если медицинские услуги были оказаны ребенку, расходы возмещаются одному из родителей, указанных в свидетельстве о рождении. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить Страховщику, в течение 20 двадцати рабочих дней с даты получения медицинской услуги, следующие документы:

6.3.1. копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя), либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;

6.3.2. направление врача - работника медицинской ассистанской компании (при наличии);

6.3.3. документы, подтверждающие оказание медицинских услуг:

- по амбулаторно-поликлиническому лечению – фискальный чек, счет - фактуру и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;

- по стационарному лечению – фискальный чек, счет-фактуру, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;

- по стоматологическому лечению – фискальный чек, заказ-наряд, выданный врачом-стоматологом, заверенный печатью стоматологической клиники и в случаях, предусмотренных п. 6.10.5. настоящего Договора - прицельный рентген-снимок при лечении осложненных форм кариеса;

- по лекарственному обеспечению – фискальный чек, товарный чек, рецепт или назначение семейного врача/врача-специалиста.

6.3.4. Заявление, содержащее сведения о карточном или лицевом счете Застрахованного (Выгодоприобретателя) и реквизиты банка.

6.4. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.

6.5. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Страхователя (Застрахованного лица).

6.6. Страховую выплату для получения наличными, Страхователь (Застрахованный) обязан получить не позднее 20 двадцати рабочих дней с даты предоставления Застрахованным последнего документа, необходимого для осуществления страховой выплаты.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

7.1. Споры, возникающие по настоящему договору, разрешаются путем переговоров. При не достижении Сторонами соглашения, спор решается в судебном порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

8. АНТИКОРРУПЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Для целей Раздела 8 настоящего Договора, следующие понятия будут иметь значения:

«Близкий родственник Государственного служащего» означает мужа/жену или партнера, одного из его/ее детей, братьев и сестер или родителей; мужа/жену или партнера его/ее детей или братьев и сестер; либо другого члена семьи.

«Государственный служащий» означает избранное или назначенное должностное лицо, работника или представителя государственных, региональных или местных властей или департамента, агентства или административного ведомства любого такого правительственного/государственного органа или любого предприятия, в котором такому правительству/государству прямо или косвенно принадлежит контрольный пакет акций; должностное лицо политической партии; кандидата на государственную должность; а также любое должностное лицо, работника или представителя любой межгосударственной международной организации.

"Лицо" означает любое физическое лицо или любое юридическое лицо в любой форме, либо государственный орган или ведомство, либо их административно-территориальный орган.

"Персонал" означает i) директоров, должностных лиц, работников, агентов Страховщика (далее Персонал Страховщика) и/или ii) Группа Страхователя (далее Персонал Страхователя).

8.1. Признавая принципы, изложенные в соответствующих международных и региональных конвенциях по борьбе с коррупцией и с целью соблюдения антикоррупционного законодательства, примененного к мероприятиям, выполняемым по настоящему Договору, а также любого антикоррупционного законодательства, примененного к Сторонам или их материнских компаниям:

8.1.1. В отношении Договора и предмета Договора, Страховщик гарантирует, что ни он сам, ни кто-либо от его имени (насколько он знает) не производил или не предлагал, и не будет производить или предлагать какую-либо сумму, подарок, обещание, преимущество, напрямую или через посредников, самому Государственному служащему, либо для его пользования, в случае, если такая выплата, подарок, обещание или преимущество будут использованы для:

(i) Влияния на действия или решения, принимаемые таким Государственным служащим;

(ii) Склонения такого Государственного служащего к выполнению какого-либо действия или к бездействию, в нарушение его должностных обязанностей;

(iii) Получения какого-либо ненадлежащего преимущества; либо

(iv) Склонения такого Государственного служащего к использованию его или ее влияния для воздействия на какое-либо действие или решение любого отдела, агентства или ведомства любого государственного предприятия.

8.1.2. В отношении Договора и его предмета Страховщик гарантирует, что он не производил и не предлагал, не будет производить или предлагать какие-либо выплаты, подарок, или обещание, не давал какого-либо преимущества, прямо или через посредников, какому-либо лицу или для пользования какого-либо лица (иного, чем Государственный служащий) в той степени, когда такая выплата, подарок, обещание или преимущество будут сделаны с целью склонить такого человека к каким-либо действиям или бездействию в нарушение его или ее правомочных обязанностей, либо с целью получения какого-либо ненадлежащего преимущества, либо наоборот сделать или воздержаться от чего-либо, что нарушит законы, применимые к деятельности по Договору.

8.1.3. Страховщик должен побуждать Персонал Страховщика соблюдать обязательства, оговоренные в Разделе 8 и гарантировать такое соблюдение обязательств по условиям своих договоров с кем-либо из Субподрядчиков. В частности, Страховщик должен выполнить комплексную юридическую экспертизу на соответствие всех основных Субподрядчиков, и Страхователь оставляет за собой право затребовать доказательство проведения и/или документацию, касающуюся таких экспертиз.

8.1.4. Все финансовые расчеты, счета и отчеты, предоставленные Страхователю, должны точно и относительно детально отражать все мероприятия и операции, произведенные для выполнения Договора. Страховщик также должен поддерживать адекватный уровень внутреннего контроля, чтобы гарантировать, что все выплаты, произведенные с целью исполнения Договора, были утверждены и соответствуют условиям Договора. Страхователь оставляет за собой право провести самому или посредством надлежаще уполномоченного представителя на территории Страховщика проверку всех платежей, выполненных Страховщиком или выполненных от его имени в соответствии с Договором. Страховщик согласен оказывать полное содействие в ходе таких проверок, включая предоставление соответствующих книг и записей Страхователю или его надлежаще уполномоченному представителю, или посредством ответов на соответствующие вопросы, которые могут появиться у Страхователя в связи с деятельностью Страховщика по настоящему Договору.

8.1.5. Все выплаты Страхователем Страховщику должны быть выполнены в соответствии с платежными условиями, оговоренными в настоящем Договоре. Показатели оплаты в счетах Страховщика должны представлять собой заявления и гарантии Страховщика в том, что указанный банковский счет принадлежит полностью только Страховщику, и что никакое лицо, кроме Страховщика, не имеет права собственности на этот счет или на процентный доход такого счета.

8.1.6. Страховщик настоящим гарантирует и заверяет, что никакой Государственный служащий или его Близкий Родственник не владеет прямо или косвенно акциями или другими долями участия в уставном капитале или акциями Страховщика (кроме владения ценными бумагами, открыто торгуемыми на рынке, количества которых недостаточно для контрольного пакета), не является директором, должностным лицом или агентом Страховщика, за исключением того владения, доли или должности, о которых Страховщик письменно сообщил Страхователю. Вышеуказанные заверения и гарантии должны оставаться в силе до истечения срока Договора. Страховщик согласен немедленно уведомить Страхователя в письменном виде о каких-либо событиях, которые могут изменить или повлиять на достоверность вышеуказанных заверений и гарантий. В любом случае, если Государственный служащий или его Близкий Родственник владеют или приобретают косвенно или напрямую акции или доли участия в уставном капитале Страховщика, либо становятся директором, должностным лицом или агентом компании Страховщика, то Страховщик должен предпринять соответствующие шаги для того, чтобы гарантировать, что такой Государственный Служащий или его Близкий Родственник не имеет конфликта интересов, соблюдает законодательство Республики Казахстан, касающееся запретов конфликтов интересов в части

Государственных Служащих, а также соблюдает антикоррупционные положения, оговоренные в подпунктах 8.1.1 и 8.1.2 Раздела 8.

8.1.7. Независимо на вышеизложенное, Стороны принимают и признают тот факт, что в случае, если кто-либо, Страховщик или его субподрядчик, принадлежит частично государственной компании, либо может в настоящий момент или в будущем рассматриваться в качестве органа государственной власти, либо квази-государственной структуры по закону, то Государственный Служащий может выступать в роли директора, должностного лица или работника такого Страховщика, Страховщика или его Аффилированного лица. В таком случае Стороны соглашаются, что Страховщик или такой к могут иметь одного или более директоров, должностных лиц или работников, которые подпадают под определение Государственного Служащего при условии, если:

- Государственный служащий занимает такую должность в структуре Страховщика в полном соответствии с законами, применимыми к такой стороне и в той мере, в которой это определяется законами;

- Государственная компания должна рассматривать и утверждать назначение Государственного Служащего на должность директора, или в качестве должностного лица или работника Страховщика;

- Государственная компания должна рассматривать и утверждать любые выплаты Государственному Служащему или от его имени, которые не должны превышать разумные суммы вознаграждения лицу, занимающему такую должность в структуре Страховщика; и

- Такое вознаграждение должно полностью соответствовать положениям законодательства РК, быть связано с предметом Договора, не производится с целью влияния на какое-либо официальное действие, решение или бездействие такого Государственного Служащего, либо в качестве вознаграждения Государственного Служащего в отношении подобных действий, решений или бездействий Государственного Служащего в прошлом.

8.1.8. Без ущерба для каких-либо прав или средств Страхователя по настоящему Договору или по закону, включая, но, не ограничиваясь ущербом за расторжение Договора, в случае если какие-либо обязательства или требования данного Раздела 8 не были в значительной степени соблюдены или выполнены Страховщиком, Страхователь имеет право:

- (i) Приостановить оплату и/или потребовать возмещение какого-либо авансового платежа, произведенного в соответствии с Договором (если применимо), и/или

- (ii) Приостановить и/или немедленно расторгнуть Договор по вине Страховщика.

В случае, если коррупционные действия или предположительно коррупционные действия Страховщика отрицательно скажутся на Страхователе, Страхователь оставляет за собой любые права, включая право на возмещение ущерба Страховщиком эквивалентно сумме убытков, понесенных Страхователем по причине таких действий.

9. ЦЕЛОСТНОСТЬ ДОГОВОРА.

9.1. Приложениями к настоящему договору, как неотъемлемые ее части, являются:

1. Правила страхования как Приложение №1;
2. Программа страхования как Приложение №2;
3. Медицинская сеть как Приложение №3;
4. Список Застрахованных лиц как Приложение №4.
5. Форма заявления-анкета, как Приложение №5.

Страхователь

.....

Страховщик

.....

А.А. Исаева
Председатель Правления

РАЗДЕЛ III. ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩЕЕ.

1.1. Данные Правила страхования описывают общие условия. По данному Договору будут покрываться только те услуги, которые перечислены в программе страхования, с учетом исключений и ограничений в страховании, перечисленных в статье 10 настоящих Правил страхования.

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ.

- 2.1. **Административные расходы** - расходы Страховщика по ведению и администрированию договора страхования.
- 2.2. **Амбулаторно-поликлинические услуги** - медицинские услуги, не требующие круглосуточного стационарного наблюдения и лечения.
- 2.3. **Ассистанская компания** – медицинская организация, предоставляющая медицинские услуги Застрахованным, на основании имеющейся государственной лицензии на осуществление медицинской и врачебной деятельности и/или договорных отношений с Страховщиком и участниками медицинской сети Страховщика (врачи и медицинские организации).
- 2.4. **Врач-специалист** - лицо, имеющее высшее медицинское образование и сертификат по определенной специальности.
- 2.5. **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с договором является получателем страховой выплаты (медицинская организация либо Застрахованный).
- 2.6. **Договор страхования** – документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.
- 2.7. **Заболевание** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) органическими изменениями.
- 2.8. **Застрахованный** – лицо, в отношении которого осуществляется страхование согласно списку Застрахованных лиц (Приложение № 4 к Договору), возраст которых, не превышает 65 лет (если иное не предусмотрено Программой страхования).
- 2.8.1. **Основной Застрахованный** – лицо, являющееся работником Страхователя – юридического лица или являющееся Страхователем (физическое лицо).
- 2.8.2. **Застрахованные члены семьи** – прямые родственники основного застрахованного: супруг (-а), дети до 18-ти лет, в отношении которых заключен договор страхования.
- 2.9. **Медицинская услуга** – услуга по диагностике и лечению Застрахованных лиц в связи с заболеваниями.
- 2.10. **Медицинские организации** – юридические лица, являющиеся согласно законодательству организациями здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, клиники научно-исследовательских институтов, частные медицинские организации).
- 2.11. **Медицинская сеть** – перечень подрядных или собственных медицинских организаций, врачей и аптек, которые являются участниками медицинской сети и по предоставленным услугам, которых страховщик производит страховые выплаты, согласно условиям данного Договора.
- 2.12. **Медицинская эвакуация** – транспортировка Застрахованного специально оборудованным транспортом в сопровождении врача до ближайшего места, где возможно оказание медицинской помощи.
- 2.13. **Покрываемые расходы** - расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора и программой страхования.
- 2.14. **Программа страхования** – перечень медицинских услуг, по которым, в соответствии с условиями договора, осуществляются страховые выплаты (Приложение №2 к Договору).
- 2.15. **Репатриация** - мероприятия, связанные с транспортировкой останков Застрахованного лица в страну постоянного проживания или в страну назначения.
- 2.16. **Семейный врач (терапевт, педиатр)** – лицо, состоящее в трудовых отношениях с медицинской организацией и осуществляющее координацию лечебно-диагностического процесса Застрахованным, установленного настоящим договором.
- 2.17. **Страхователь** – лицо, заключившее договор со Страховщиком и оплатившее страховую премию.
- 2.18. **Страховой случай** - событие, с наступлением которого договор предусматривает осуществление страховой выплаты в связи с заболеваниями в периоде острого состояния, обострения хронического процесса, экстренных и неотложных состояниях.
- 2.19. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая страховщиком страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая либо при наступлении срока, определенного в договоре страхования.

- 2.20. **Страховая карточка** – документ, выдаваемый Страховщиком каждому Застрахованному, подтверждающий право его владельца на получение медицинских услуг, предоставляемых участниками медицинской сети.
- 2.21. **Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю), в размере, определенном договором.
- 2.22. **Страховая сумма** (лимит ответственности) – сумма денег, которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
- 2.23. **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (Застрахованному, Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором страховой суммы (лимита).
- 2.24. **Территория страхования** - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по договору.
- 2.25. **Направление семейного врача и/или врача - координатора** – документ установленного образца, выдаваемый семейным врачом/врачом-координатором/врачом узким специалистом, лицом, определяющим перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.
- 2.26. **Участники медицинской сети** – Ассистанская компания, медицинские организации, семейные врачи, врачи-специалисты, которые оказывают услуги Застрахованным и/или заключили со Страховщиком специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов Застрахованным.
- 2.27. **Объект страхования** - имущественные интересы Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья.
- 2.28. **Претензия** – письменное, официальное, обоснованное обращение Страхователя к Страховщику с требованием устранения нарушений условий договора, а также ненадлежащего оказания медицинских услуг.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ.

- 3.1. Застрахованными могут быть лица, возраст которых, не превышает 65 лет (если иное не предусмотрено Программой страхования).
- 3.2. Не подлежат страхованию лица, которые:
- 3.2.1. госпитализированы на момент заключения договора по любому заболеванию (решение вопроса о включении в список Обслуживаемых лиц принимается Исполнителем после выписки из стационара);
- 3.2.2. имеют на дату заключения договора, следующие заболевания:
- 3.2.2.1. заболевания, входящие в перечень социально значимых заболеваний, согласно действующим нормативно-правовым актам и действующего законодательства РК;
- 3.2.2.2. социально значимые заболевания: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека; вирусный гепатит В, С; злокачественные новообразования, в том числе, онкогематология; сахарный диабет; детский церебральный паралич; инфаркт миокарда (первые шесть месяцев); ревматизм; системные поражения соединительной ткани; наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы; демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и т.д.;
- 3.2.2.3. заболевания, представляющие опасность для окружающих, утвержденные действующим нормативно-правовым актам и действующего законодательства РК: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека; конго-крымская геморрагическая лихорадка, в том числе геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; дифтерия; менингококковая инфекция; полиомиелит; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия, сибирская язва (легочная форма), туберкулез, холера, чума, брюшной тиф, вирусный гепатит А, психические расстройства и расстройства поведения и т.д.;
- 3.2.2.4. инфекционные заболевания: оспа, полиомиелит и его последствия, желтая лихорадка, лихорадка Ласа, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), туляремия, бруцеллез, ящур, носительство возбудителей дифтерии, столбняка, и паратифы А, В и т.д.;
- 3.2.2.5. наследственно-дегенеративные заболевания центральной 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, болезнь Вильсона-Коновалова), демиелинизирующие заболевания нервной системы (в т.ч. болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); полирадикулоневрит; детский церебральный паралич и т.д.;
- 3.2.2.6. эпилепсия; последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;

- 3.2.2.7. наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм);
- 3.2.2.8. профессиональные заболевания, утвержденные действующим нормативно-правовым актам и действующего законодательства РК: хронические интоксикации и их последствия, протекающие с изолированным или сочетанным поражением органов и систем: токсическое поражение органов дыхания, пищеварения: токсическая анемия: токсическая нефропатия: токсическое поражение нервной системы: пневмокозиозы: карбокозиозы, асбестоз, силикоз, талькоз, бериллиоз и др.;
- 3.2.2.9. заболеваний, связанных с воздействием ионизирующих излучений, утвержденные действующим нормативно-правовым актам и действующего законодательства РК: острая и хроническая лучевая болезнь; лучевая катаракта; лучевые дерматит и ожоги; лучевой гипотиреоз; лучевой аутоиммунный тиреоидит;
- 3.2.2.10. заболевания крови: гемобластозы; гемолитическая, апластическая и гипопластическая анемии;
- 3.2.2.11. заболевания эндокринной системы: сахарный диабет, несахарный диабет, синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипопитарный нанизм, акромегалия, синдром Кона, фенилкетонурия, гиперкортицизм, гипопитуитаризм, инсулома, ожирение, тиреоидиты (аутоиммунный зоб, де Кервена, гнойный), токсический зоб;
- 3.2.2.12. диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ) и ревматические болезни; синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
- 3.2.2.13. заболевания почек: поликистоз почек, амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени, хронический гемодиализ;
- 3.2.2.14. заболевания дыхательной системы: хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) в фазе пред и-декомпенсации;
- 3.2.2.15. наследственные, генетические, врожденные заболевания и пороки развития, такие как: муковисцидоз, врожденный ихтиоз и др.
- 3.3. Если заболевания, указанные в пункте п.п. 3.2.2. настоящего Раздела договора, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента постановки диагноза при амбулаторно-поликлиническом обследовании, 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 п.п. 3.2.2. настоящего Раздела Договора, Страховщиком не покрываются.
- 3.4. Страховым случаем является – обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования к врачам и (или) в медицинские организации за медицинскими услугами, при экстренном, остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования.

4. ИСЧЕРПАНИЕ, ПЕРЕРАСХОД И ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.

- 4.1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из медицинских услуг ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной медицинской услуге.
- 4.2. Дальнейшие расходы по медицинской услуге, по которой страховая сумма, предусмотренная программой страхования, была исчерпана, Страховщиком не возмещаются.
- 4.3. Возмещение расходов на медицинские услуги, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим медицинским услугам (т.е. перенос лимитов) не допускается.
- 4.4. Исчерпание страховой суммы по одной из медицинских услуг не влечет за собой прекращения Договора.
- 4.5. Если общая сумма расходов по определенной медицинской услуге превысила размер страховой суммы, предусмотренный Программой страхования по данной медицинской услуге, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Страхователем (Застрахованным).
- 4.6. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (медицинская Ассистанская компания) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону, электронной почте и/или письмом, при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным. Страхователь или Застрахованный, по программе страхования которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента уведомления Страховщиком оплатить сумму в размере превышения лимита Страховщику (медицинской Ассистанской компании). В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным) суммы перерасхода в указанный период, Страховщик блокирует страховую карточку, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы перерасхода (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).

4.7. В случае если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями (ст.5 Правил страхования Раздела III Договора), оплата такой медицинской услуги производится Страхователем (Застрахованным) самостоятельно, либо Страхователь (Застрахованный) возмещает их стоимость Страховщику.

5. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ.

5.1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения медицинских услуг по диагностике и лечению заболевания, проистекающие из факта наличия данного заболевания у Застрахованного, его состояния, определяемые врачом Ассистанской компании и в соответствии с настоящим договором и программой страхования.

5.2. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются в соответствии с показаниями, в соответствии с действующим Законодательством.

5.3. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными семейным врачом/врачом медицинской организации в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания у Застрахованного.

5.4. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:

5.4.1. были назначены в целях профилактики;

5.4.2. были назначены не для лечения и диагностики, а исключительно для извлечения материальной выгоды Застрахованным и (или) аптекой, медицинской организацией или врачом;

5.4.3. были назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения курса диагностики и лечения заболевания или травмы;

5.4.4. не являются необходимыми и достаточными для лечения заболевания;

5.4.5. были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

5.5. **Лечение по медицинским показаниям** — это лечение Застрахованного в медицинской организации из списка медицинской сети Страховщика, в случаях экстренного, острого состояния или обострения хронического заболевания.

5.6. **Лечение по экстренным и неотложным показаниям** - лечение Застрахованного в медицинской организации из списка медицинской сети Страховщика в связи с внезапным и непредвиденным заболеванием Застрахованного, которое независимо от степени тяжести больного требуют немедленной диагностической и лечебной деятельности.

5.7. При организации стационарного лечения по экстренным или лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинской Ассистанской компании или Страховщика.

5.8. В ходе курса стационарного лечения, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями только по экстренным и неотложным показаниям.

6. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

6.1. Страховщик организует Застрахованным оказание медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования настоящего Договора посредством ассистанской компании.

6.2. Медицинские услуги, соответствующие выбранной Программе страхования, оказываются Застрахованным в ассистанской компании либо в медицинских организациях- входящих в медицинскую сеть. Обеспечение Застрахованных лекарственными средствами осуществляется ассистанской компанией, а при невозможности обеспечения лекарственными средствами непосредственно ассистанской компанией в любых аптеках.

6.3. При получении медицинских услуг в медицинской организации-участнике медицинской сети, Застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке - при получении лекарств, заказ-наряде - при получении стоматологического лечения).

6.4. 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,

6.5. 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.

6.6. Настоящим Договором установлены следующие общие условия оказания медицинских услуг Застрахованным:

6.6.1. Медицинская помощь Застрахованным оказывается при предъявлении индивидуальной страховой карточки, документа, удостоверяющего личность Застрахованного или свидетельства о рождении, при необходимости оказания медицинской помощи детям до 16 лет.

6.6.2. Врачу-специалисту, представителю медицинской организации, аптеки, входящих в список участников медицинской сети, для получения медицинской помощи предъявляются: документы, указанные в п.6.6.1. настоящей статьи и соответствующий документ Ассистанской компании (направление, рецепт, назначение) от семейного врача/врача. Непредоставление данных документов возможно лишь при оказании экстренной либо неотложной медицинской помощи.

6.6.3. Выезд бригады скорой медицинской помощи Ассистанской компании осуществляется в пределах населенного пункта, где находится клиника Ассистанской компании, а также в пределах 10 километров от административных границ данного населенного пункта.

6.6.4. Медицинские услуги Застрахованным оказываются Ассистанской компанией, либо медицинской организацией- участником медицинской сети Страховщика по направлению врача Ассистанской компании. Отступление от этого правила, возможно лишь в случае необходимости оказания Застрахованному лицу экстренной и неотложной медицинской помощи, либо невозможности оказания медицинской помощи Ассистанской компанией самостоятельно.

6.6.5. В случае, если медицинский работник обнаружит нарушение Застрахованным условия настоящего Договора о запрете передачи страховой карточки третьим лицам, Страховщик имеет право до выяснения всех обстоятельств прекратить обслуживание и страховые выплаты в отношении данного Застрахованного.

6.6.6. Отказ от медицинской помощи и госпитализации Застрахованному ребенку, возраст которого не превышает 18 лет, могут написать только родители, указанные в свидетельстве о рождении или лица, имеющие официальное право на его опеку, подтвержденное документально.

6.7. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания экстренного и неотложного лечения Застрахованным:

6.7.1. Застрахованный вызывает бригаду неотложной медицинской помощи ассистанской компании, посредством обращения в диспетчерскую службу по телефону, указанному на страховой карточке.

6.7.2. В случае, если Застрахованному необходимо оказание экстренной стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в медицинскую сеть данного договора.

6.8. Настоящим договором установлен следующий порядок оказания стационарного лечения:

6.8.1. Застрахованный вызывает бригаду скорой медицинской помощи по телефону, указанному на страховой карточке. В случае, если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список участника медицинской сети.

6.8.2. В случае экстренного обращения в стационар, не входящий в медицинскую сеть, страховые выплаты будут производиться в течение 48 часов с момента поступления в стационар. Решение о продолжении покрытия услуг в данном стационаре будет приниматься Страховщиком.

6.8.3. Для получения плановой стационарной медицинской помощи, Застрахованный обращается к семейному врачу, через диспетчерскую службу, по номеру телефона, указанному в страховой карточке.

6.8.4. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого:

6.8.4.1. выдает Застрахованному направление на госпитализацию в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо;

6.8.4.2. направляет Застрахованного к врачу – специалисту для решения вопроса о необходимости госпитализации;

6.8.4.3. Срок действия направления, выписанного семейным врачом/врачом-специалистом Страховщика, составляет 72 часа;

6.8.4.3.1. врач – специалист, являющийся работником Ассистанской компании, определив необходимость его госпитализации, выдает Застрахованному лицу направление на госпитализацию на бланке ассистанской компании.

6.9. Настоящим договором установлен следующий порядок оказания амбулаторного лечения:

6.9.1. Застрахованный обращается к семейному врачу или состоящему в штате Ассистанской компании врачу-специалисту через диспетчерскую службу по номеру телефона, указанному на страховой карточке.

6.9.2. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту.

6.9.3. При обращении Застрахованного напрямую к врачу-специалисту Ассистанской компании

6.10. Настоящим договором установлен следующий порядок оказания стоматологических услуг:

6.10.1. При первом обращении к врачу-стоматологу на Застрахованного клиента оформляется медицинская карта стоматологического больного по форме №043/У с указанием зубной формулы, с дальнейшим предоставлением Ассистанской компании или врачу – специалисту Ассистанской компании.

6.10.2. Если иное не оговорено программой страхования или дополнительным соглашением сторон, договором покрываются следующие стоматологические услуги: консультация: врачей-стоматологов: терапевта, хирурга; рентгенография (прицельные и панорамные снимки, кроме "3D"снимков), радиовизиография (прицельные снимки); оказание полного спектра услуг при «острой боли», включая хирургическую помощь; анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая; лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химических и светоотверждаемых пломбировочных материалов включая все виды прокладок; лечение острого и хронического пульпита; острого и хронического периодонтита и в фазе обострения; механическая и медикаментозная обработка и пломбирование зубных каналов (с использованием гуттаперчевых штифтов, термофила); удаление зубов по медицинским показаниям (кроме ретенированных и дистопированных); разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».

6.10.3. Застрахованный имеет право обратиться к врачу-стоматологу Ассистанской компании (стоматологический кабинет Интертич), а (или) при его отсутствии в любую из рекомендуемых подрядных стоматологических клиник, входящую в медицинскую сеть как самостоятельно, так и через диспетчерскую службу, при этом компенсация в производится в размере 100% стоимости проведенного лечения, в рамках Программы страхования, но не свыше установленного лимита.

6.10.4. В случае самостоятельного обращения в стоматологическую клинику, не входящую в медицинскую сеть Страховщика, компенсации этих расходов не производится.

6.10.5. В случае экстренного обращения в стоматологическую клинику, не входящую в медицинскую сеть Страховщика, Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (фискальный кассовый чек, акт выполненных работ (наряд), заверенный печатью стоматологической клиники и прицельный рентген-снимок при лечении осложненных форм кариеса), которые подлежат предъявлению Страховщику для рассмотрения возможности компенсации произведенных расходов.

6.11. *Настоящим договором установлен следующий порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:*

Выдача лекарственных средств при амбулаторном лечении производится на основании рецепта или назначения, выписанного семейным врачом или штатным врачом-специалистом Ассистанской компании соответственно лекарственному формуляру, утвержденному Интертич, и производится в собственных пунктах выдачи медикаментов Ассистанской компании.

6.11.1. В случае, если необходимых лекарственных средств в пунктах выдачи медикаментов Ассистанской компании не оказалось, Застрахованный имеет право приобрести лекарственные препараты в любой аптеке.

6.11.2. Срок действия рецепта или назначения, составляет 3 суток (72 часа) с момента его выписки. В исключительных случаях, иной срок действия рецепта или назначения устанавливается семейным врачом или врачом-специалистом.

6.12. *Если программой страхования предусмотрена дополнительная программа зарубежного страхования, то договором установлен следующий порядок оформления полиса Застрахованным:*

6.12.1. При необходимости медицинского страхования за пределами РК, Страхователь в срок не позднее 1 (одного) рабочего дня до предполагаемой поездки, обращается к Страховщику с официальной заявкой по установленной Страховщиком форме. К заявлению прилагается копия паспорта Застрахованного, и, в случае служебной поездки, копия приказа о направлении Застрахованного в командировку.

6.12.2. Условия страхования при выезде за пределы РК полностью регулируются правилами, оговоренными в договоре (полисе) страхования лиц, выезжающих за рубеж.

7. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

7.1. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг договору страхования.

7.2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, и/или расторгнуть договор в отношении Застрахованного (исключить из Списка Застрахованных) или оставляет за собой право расследования данных обстоятельств и доведения их до сведения руководства Страхователя, если Страхователь (Застрахованный):

7.2.1. получил медицинские услуги, не предусмотренные договором и программой страхования;

7.2.2. получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;

7.2.3. сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора;

7.2.4. своевременно не известил о наступлении страхового случая;

7.2.5. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством РК, но не представил Страховщику в установленный договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

7.2.6. совершил неправомерные действия (такие как: передача страховой карточки третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг; предоставление фиктивных документов, фальсификация документов, необоснованные вызовы семейных врачей и врачей скорой помощи) либо nepозволительное, неэтичное поведение в отношении персонала Страховщика, медицинских работников и/или третьих лиц;

7.2.7. невыполнение врачебных назначений, несоблюдение больничного режима и отказ от госпитализации, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты, отказом от госпитализации или иными медицинскими документами), внутренних норм и правил медицинского учреждения.

7.3. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователь (Застрахованный) получил медицинскую помощь в медицинском учреждении, либо у врача, не входящих в медицинскую сеть, за исключением случаев, предусмотренных п. 6.6.4. и п. 6.8.2. настоящего раздела договора.

7.4. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления семейного врача/врача – Ассистанской компании не возмещаются Страховщиком, за исключением расходов по стоматологии.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ, ДОСРОЧНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ И ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.

8.1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к договору. Основанием для дополнительного включения и досрочного исключения Застрахованного является Форма заказа карточек, заполненная Страхователем.

8.2. В случае если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных лиц, не пользовался медицинскими услугами, предоставляемыми в соответствии с договором, и страховые выплаты по нему не производились, то его замена другим Застрахованным производится автоматически без осуществления сторонами каких-либо расчетов и оформляется дополнительным соглашением к договору.

8.3. Застрахованный, внесенный в список Застрахованных лиц в порядке автоматической замены, пользуется медицинскими услугами в полном объеме и в пределах, установленных Программой страхования.

8.4. При дополнительном включении основного Застрахованного в договор на срок страхования менее срока страхового периода по договору, страховая премия оплачивается пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования по договору.

8.5. *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 15 (пятнадцати) календарных дней с даты начала действия договора в отношении основного Застрахованного лица, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.*

8.6. Досрочное исключение Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц производится Страховщиком согласно письменному заявлению Страхователя, а также на условиях настоящего договора.

8.7. Заявка на исключение Застрахованного из списка предоставляется Страхователем не позднее 1 (одного) дня с момента его исключения. В случае не предоставления Заявки в установленный срок, датой исключения считается дата получения заявки.

8.8. При досрочном исключении Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц, когда данному Застрахованному лицу медицинские услуги не оказывались и возмещение расходов не осуществлялось, и его замена другим Застрахованным лицом не производилась автоматически, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного лица, пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования. При этом возврат части страховой премии Страхователю осуществляется Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) календарных дней после поступления Страховщику письменного заявления Страхователя.

8.9. При досрочном исключении Застрахованного из списка Застрахованных, в случаях, когда по данному Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, страховая премия, начисленная за период за данного Застрахованного, возврату не подлежит.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь вправе:

9.1.1. досрочно расторгнуть договор;

9.1.2. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;

- 9.1.3. с согласия Страховщика застраховать дополнительное количество лиц на условиях договора, оплатив за них дополнительную страховую премию;
- 9.1.4. оспорить в порядке, установленном законодательством РК, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 9.1.5. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора;
- 9.2. Страхователь обязан:**
- 9.2.1. оплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, определенные договором;
- 9.2.2. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного и состояния его здоровья;
- 9.2.3. предоставить Страховщику Форму заказа карточек (по форме – Приложение 5 к настоящему Договору) и список Застрахованных лиц (по форме – Приложение 4 к настоящему Договору) в срок не позднее 10 рабочих дней со дня оформления (регистрации) договора;
- 9.2.4. уведомлять Страховщика о наступлении страхового случая в сроки, установленные настоящим договором;
- 9.2.5. заботиться о сохранности договора, страховой карточки и не передавать их другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;
- 9.2.6. предоставить Страховщику возможность разместить информацию об условиях договора страхования, о Страховщике и страховых продуктах Страховщика на сайте, информационных щитах и внутренних корпоративных периодических изданиях.
- 9.2.7. ознакомить Застрахованных с условиями страхования, правами и обязанностями по договору с целью соблюдения Застрахованными требований условий договора,
- 9.2.8. незамедлительно уведомить Страховщика о принятом решении о исключении Застрахованного из списка Застрахованных;
- 9.2.9. обеспечить возврат страховых карточек Страховщику по истечении срока действия настоящего Договора, а также при расторжении или прекращении индивидуального трудового договора Застрахованного лица со Страхователем. В противном случае, Страхователь берет на себя ответственность по оплате медицинских услуг, предоставленных медицинскими учреждениями по невозвращенным страховым карточкам Страховщика;
- 9.2.10. подать письменную заявку (письмом, факсом или e-mail), произвести оплату за переоформление страховой карточки в случае ее повторной утери в течение 7 (семи) рабочих дней со дня повторного переоформления страховой карточки;
- 9.2.11. обеспечить соблюдение Застрахованными условий договора, норм и правил регламентирующих внутреннюю деятельность медицинских учреждений и порядок оказания ими медицинских услуг;
- 9.2.12. оказывать содействие Страховщику в истребовании с Застрахованных сумм задолженностей, возникших в результате действий Застрахованного, подлежащих оплате Страховщику Страхователем (Застрахованным) в соответствии с настоящим договором.
- 9.2.13. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Страхователя (Застрахованного).
- 9.2.14. Страхователь несет ответственность перед Страховщиком в части исполнения настоящего договора, а также за лиц, являющихся по настоящему договору Застрахованными.
- 9.3. Застрахованный вправе:**
- 9.3.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
- 9.3.2. получить дубликат страховой карточки в случае их утери в первый раз - бесплатно.
- 9.3.3. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора.
- 9.4. Застрахованный обязан:**
- 9.4.1. дать согласие врачам, медицинским организациям и иным уполномоченным лицам выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.);
- 9.4.2. при повторной утере страховой карточки – оплатить стоимость карточки в размере 500 тенге за свой счет.
- 9.4.3. соблюдать врачебные назначения и больничный режим, следовать указаниям семейных, обследующих и лечащих врачей и врачей-специалистов;
- 9.4.4. контролировать и отслеживать соблюдение лимитов по лимитированным видам услуг (стоматология, медикаменты).
- 9.4.5. обращаться в медицинские организации медицинской сети;
- 9.4.6. при обращении к врачам и (или) участникам медицинской сети предъявлять страховую карточку и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- 9.4.7. не передавать страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;

- 9.4.8. освободить врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;
- 9.4.9. при исключении из списка Застрахованных вернуть страховую карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в течение 3 (трех) дней с момента исключения;
- 9.4.10. произвести оплату за переоформление страховой карточки в случае ее повторной утери в течение 7 (семи) рабочих дней со дня повторного переоформления страховой карточки;
- 9.4.11. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем.

9.5. Страховщик вправе:

- 9.5.1. проводить медицинское обследование Застрахованного лица врачами, назначенными Страховщиком;
- 9.5.2. запрашивать у соответствующих государственных органов и медицинских организаций, исходя из их компетенции, информацию о состоянии здоровья Застрахованного;
- 9.5.3. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;
- 9.5.4. проверять обстоятельства и причины наступления страхового случая;
- 9.5.5. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги; направлять запросы в соответствующие медицинские организации и иные организации по факту наступления страхового случая;
- 9.5.6. заблокировать действие страховой карточки в случаях превышения страховой суммы, предусмотренной программой страхования по медицинской услуге (перерасхода лимита), до дня поступления оплаты превышения лимита (пункт 4.6 Правил страхования);
- 9.5.7. отказать в осуществлении страховой выплаты и/или расторгнуть договор в отношении Застрахованного в случае, если обнаружится, что Страхователь при заключении договора сообщил заведомо недостоверные сведения о Застрахованном и состоянии его здоровья, а также, если Страхователь (Застрахованный) передал договор и (или) страховую карточку Застрахованного другому лицу с целью получения медицинских услуг;
- 9.5.8. контролировать объем, сроки оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в медицинской организации, в которой Застрахованный в соответствии с договором имеет право получать медицинские услуги.

9.6. Страховщик обязуется:

- 9.6.1. ознакомить Страхователя (Застрахованных) с условиями страхования, включая проведение ознакомительных презентаций, не реже 2-х раз за период страхования;
- 9.6.2. при наступлении страхового случая, в течение 20 -ти рабочих дней со дня получения всех документов, указанных в п. 6.3. и 6.4. Раздела II настоящего Договора, осуществить страховую выплату в размере и порядке, предусмотренными настоящим договором либо представить мотивированный отказ в страховой выплате. В случае непредставления Страхователем или Застрахованным документов, предусмотренных п. 6.3. и 6.4. Раздела II настоящего Договора, незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, письменно уведомить его о недостающих документах;
- 9.6.3. при наступлении медицинского случая осуществить оказание медицинских услуг и возмещение покрываемых расходов в размере, порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором;
- 9.6.4. произвести оформление и бесплатно однократное переоформление страховой карточки в случае ее утери Застрахованным в течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания договора;
- 9.6.5. обеспечить тайну страхования, в том числе, касающейся разглашения сведений о состоянии здоровья Застрахованного.
- 9.7. Сведения, полученные Сторонами в ходе заключения Договора и/или его исполнения, являются конфиденциальными и не подлежат разглашению третьим лицам без согласия на то другой Стороны.

10. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного:
- 10.1.1. медицинским расходам, связанным с лечением следующих заболеваний:
- 10.1.2. хронических заболеваний в стадии ремиссии (отсутствия обострения);
- 10.1.3. заболеваний, входящие в перечень социально значимых заболеваний, утвержденные приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита, человека и носители вируса иммунодефицита человека; вирусный гепатит В, С; злокачественные новообразования; сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения; детский церебральный паралич;

инфаркт миокарда (первые шесть месяцев); ревматизм; системные поражения соединительной ткани; наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы; демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;

10.1.4. заболевания, представляющие опасность для окружающих, утвержденные приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367: «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека; конго-крымская геморрагическая лихорадка, в том числе геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; дифтерия; менингококковая инфекция; полиомиелит; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия, сибирская язва (легочная форма), туберкулез, холера, чума, брюшной тиф, вирусный гепатит А; расходы, связанные с диагностикой и лечением инфекционного заболевания, вызванного вирусом Эпштейна — Барр; расходы, связанные с психическим расстройством и расстройством поведения

10.1.5. инфекционные заболевания: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), желтая лихорадка, лихорадка Ласа, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство, туляремия, бруцеллез, ящур, малярия, носительство возбудителей дифтерии, столбняк и паратифы А, В, внутриутробные инфекции;

10.1.6. эндокринные заболевания: сахарный диабет I и II типа и его последствия, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипопитуитаризм, хронический гипокортицизм; гиперкортицизм, гипопитуитаризм, инсулома, ожирение, тиреоидиты (аутоиммунный зоб, де Кервена, гнойный), диффузно-токсический зоб;

10.1.7. врожденных пороков сердца, врожденных пороков развития ЛОР- органов и аденоидные вегетации 2-3 степени (аденоиды), требующие оперативного лечения, и другие врожденные аномалии развития;

10.1.8. заболевания мочеполовой системы: кистозное поражение почек; хроническая почечная недостаточность 2-3 ст., амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, хронические гломерулонефриты;

10.1.9. заболевания желудочно-кишечного тракта: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, цирроз печени, хронические гепатиты, за исключением персистирующего гепатита;

10.1.10. бронхиальная астма, гормонозависимые хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ);

10.1.11. заболевания центральной нервной системы: гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), демиелинизирующие заболевания; ранняя и поздняя реабилитация (до 1 месяца) острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

10.1.12. заболевания сосудов: аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит), геморрагический васкулит, синдром Вегенера; варикозное расширение вен нижних конечностей 2-3 степени, требующее хирургического лечения;

10.1.13. хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая сыпь (АКНЕ), демодекоз кожи;

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

10.1.15. заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, деформирующие артрозы с нарушением функции суставов III степени; плоскостопие (хирургическое лечение), асептический некроз (хирургическое лечение, протезирование), нарушение осанки, сколиоз;

10.1.16. офтальмология: консервативное, аппаратное и хирургическое лечение амблиопии, миопии (за исключением очковой коррекции), синдром «сухого глаза», аппаратное лечение спазма аккомодации, хирургическое лечение катаракты, хирургическое лечение глаукомы. Консервативное и хирургическое лечение патологии глазодвигательного аппарата, отдаленные последствия травм глаза, биостимуляция глазного яблока, расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения аппаратным лечением близорукости, косоглазия, спазма аккомодации, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки, в том числе с применением лазера, массажем век и биостимуляцией глазного яблока.

10.1.17. доброкачественные и злокачественные новообразования и лечение их последствий и осложнений.

10.2. медицинским расходам, связанным с лечением медицинских состояний, вызванных или связанных с инвалидностью I, II, III групп.

10.3. заболевания, связанные с постинфарктным кардиосклерозом с давностью менее 5 (пяти) лет, базисная терапия при артериальной гипертензии 2-3 ст.

10.4. Медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в статьях 10.1. настоящего Раздела договора, покрываются Страховщиком только до момента установления диагноза.

10.5. Медицинским расходам по стоматологии, связанные с заменой пломб по профилактическим и косметическим показаниям; восстановлением коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2 с использованием пломбировочных материалов и применением стекловолоконных штифтов; профилактическим мероприятиям: реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторлаком; протезированием и подготовкой к нему; ортодонтическим лечением и подготовкой к нему; дентальной имплантацией и подготовкой к нему; удалением зубов ретенированных, дистопированных; пластическими операциями, операцией по поводу кист и новообразований; плановыми пластическими и другими хирургическими вмешательствами, в том числе и с диагностической целью; лечением нарушений развития и прорезывания зубов: некариозными поражениями, возникающими до прорезывания зубов: гипоплазия эмали, гиперплазия эмали, флюороз, аномалии развития и прорезывания зубов, изменение их цвета, наследственные нарушения развития зубов; поражения, возникающие после прорезывания: пигментация зубов, эрозия зубов, стирание твёрдых тканей зубов, гиперестезия, клиновидный дефект; пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология (удаление зубного камня и налета, использование аппаратов Vector, Air-Flow); уроками гигиены; отбеливанием зубов; проведением наркоза при стоматологических вмешательствах, в том числе всеми видами медицинского обследования при подготовке к использованию наркоза.

10.6. медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией по лечебным показаниям, за исключением пластики носовой перегородки в острый период травмы.

10.7. медицинским расходам, связанным с любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями, за исключением необходимости ее проведения при острых травмах.

10.8. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсическое опьянение Застрахованного.

10.9. 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.

10.10. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации острая и хроническая лучевая болезнь; лучевая катаракта; лучевые дерматит и ожоги; лучевой гипотиреоз; лучевой аутоиммунный тиреоидит) военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия и др.

10.11. 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.

10.12. медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией органов и тканей, их последствия и послеоперационное наблюдение, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного.

10.13. медицинским расходам, с лечением аппаратом «Тонзиллор» в ЛОР практике, Застрахованных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (плазмаферез, гемосорбция, кроме случаев, когда данный метод является единственным для спасения жизни Застрахованного, УФО крови), а также с гипербарической оксигенацией (ГБО), кишечным орошением и жемчужными и другими ваннами.

10.14. медицинским расходам, связанным с гемодиализом и гемосорбцией, за исключением 3-х сеансов, в случае острой почечной недостаточности, по назначению семейного врача/врача.

10.15. медицинским расходам, связанным с первичной и повторной диагностикой и лечением и контрольным обследованием после лечения заболеваний, передающихся половым путем (ИППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомоноз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, кандидоз (молочница), остроконечные кандиломы, вызываемые папилломавирусом человека, контагиозный моллюск, фтириаз (лобковый педикулез), чесотка.

10.16. обследованием и лечением грибковых заболеваний;

10.17. обследованием и лечением паразитарных заболеваний;

- 10.18. медицинским расходам, связанным с диагностическими исследованиями методом ИФА, ПЦР и РИФ (за исключением 5-ти маркеров за период страхования) если иное не установлено Программой страхования.
- 10.19. медицинским расходам, связанным с компьютерной томографией, за исключением - одного (1) исследования за период страхования по медицинским показаниям, магнитно-резонансной томографией, за исключением одного (1) исследования за период страхования по медицинским показаниям и за исключением случаев, угрожающих жизни; ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография), капсульная эндоскопия, фиброэластография.
- 10.20. медицинским расходам, связанным с проведением плановой коронарографии и компьютерной коронарографии.
- 10.21. медицинским расходам, связанными с гомеопатическим лечением, иглорефлексотерапией, бальнеотерапией (грязелечением), гипербарической оксигенацией, мануальной терапией, массажем.
- 10.22. нетрадиционной диагностикой и лечением: энергоинформационная система оздоровления, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, аппаратный лимфодренаж, лечение на аппаратах «Андрогин» и «Сургидрон», методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны.
- 10.23. медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами на сердце и сосудах сердца (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма, операции по протезированию клапана сердца и т.д.).
- 10.24. медицинским расходам, связанным с диагностикой, лечением бесплодия, нарушением потенции, лечением и диагностикой климактерического синдрома, эрозии шейки матки, нарушением менструального цикла, аменореей, поликистозом яичников, синдромом истощения яичников.
- 10.25. медицинским расходам по проведению урологического массажа (ручного и аппаратного), за исключением урологического массажа с диагностической целью.
- 10.26. медицинским расходам, связанным с услугами психолога, психотерапевта, логопеда, андролога, диетолога и врача ЛФК.
- 10.27. медицинским расходам, связанным с услугами по планированию семьи.
- 10.28. расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, контрацептивных средств, пищевых биологически-активных добавок (БАД), биологических препаратов, гомеопатических препаратов, витаминов, статинов, хондропротекторов, иммунокорректирующих препаратов, фитопрепаратов, лекарственных средств, не разрешенных к применению в РК в порядке, предусмотренном законодательством, изделий немедикаментозные средства медицинского назначения, кроме шприцов, систем, венозных катетеров, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств.
- 10.29. медицинским расходам, связанным с приобретением противогрибковых препаратов, за исключением дисбактериоза кишечника.
- 10.30. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и контактных линз.
- 10.31. медицинским расходам, связанным с приобретением протезно-ортопедических изделий.
- 10.32. медицинским расходам, связанным с хирургическим изменением пола.
- 10.33. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии;
- 10.34. медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап, проведением аллергодиагностических проб и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации.
- 10.35. «медицинским расходам, связанным с наблюдением беременности и родов, если иное не предусмотрено Программой страхования или не оговорено дополнительным соглашением сторон.

Не возмещаются медицинские расходы, связанным с наблюдением беременности и родам (если эта услуга входит в программу страхования); связанным с наблюдением беременности после ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), с проведением стерилизации или прерыванием беременности, за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери или угрожает ее здоровью.

Не возмещаются расходы, связанные с наличием у беременной в анамнезе:

резус-отрицательной крови с сенсибилизацией, анемии средней и тяжелой степени, порока(ов) сердца, заболеваний сердца ССН, гидронефроза, хронического гломерулонефрита, единственной почки, тромбофилии, беременности в сочетании с миомой матки (множественная миома, больших размеров), туберкулеза, артериальной гипертензии, тяжелого гестоза, 2-х и более рубцов на матке, привычного невынашивания (в том числе истмико-цервикальной недостаточностью), 2-х и более замерших беременностей, 2-х и более преждевременных родов, 2-х и более мертворождений, а также расходы, связанные с ЛФК; дыхательной дородовой гимнастикой (вне зависимости от специалиста, проводящего данную услугу); дородовой гимнастикой, включающей физические упражнения; психопрофилактическую

подготовку к родам (вне зависимости от специалиста, проводящего данную услугу); упражнениями по релаксации во время беременности; акватической подготовкой и водным ребефинг.

10.36. медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

10.37. патронажем ребенка до 1 года, если эта услуга не входит в программу страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

10.38. в других случаях, предусмотренных законодательными актами РК.

10.39. Не покрываются расходы по эвакуации (если эта услуга входит в программу страхования), не связанной с экстренным медицинским состоянием Застрахованного.

10.40. Медицинские расходы, связанные с технологией высокоспециализированной медицинской помощи согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2016 года № 1112 «Об утверждении видов высокотехнологичных услуг».

11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

12. ПОДПИСИ СТОРОН

Страхователь

.....

Страховщик

.....
А.А. Исаева
Председатель Правления

ПРИЛОЖЕНИЕ №2
Договор №

ДОПОЛНЕНИЕ К ПРОГРАММЕ:

- *Автострахование: для застрахованных по данному Договору предоставляется скидка в размере 20 (двадцать) %;*
- *Страхование при выезде за рубеж сотрудников или членов их семей — 20 % на частные поездки*
- *Страхование залогового имущества - 20%.*
- *Страхование от несчастных случаев - 20%.*
- *Получение услуг в клинике Интертич, не включенные в программу страхования: -10% от стоимости Прейскуранта цен клиники.*
- *Прикрепление к клинике Интертич для членов семей, не включенных в программу страхования: -10% от стоимости Прейскуранта цен клиники.*

Страхователь

.....

Страховщик

.....
А.А. Исаева
Председатель Правления

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
Договор №

МЕДИЦИНСКАЯ СЕТЬ

**СПИСОК СОБСТВЕННЫХ КЛИНИК ИНТЕРТИЧ
НА ТЕРРИТОРИИ КАЗАХСТАНА**

Страхователь

.....

Страховщик

.....
А.А. Исаева
Председатель Правления

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№ п/п	Ф.И.О.			ИИН	Дата рождения	Адрес, контакты
1.						
2.						

Страхователь

.....

Страховщик

.....
А.А. Исаева
Председатель Правления



**Заявление – анкета
на добровольное страхование на случай болезни**

Сведения об организации (Страхователь - лицо, заключающее договор страхования):

Наименование организации*			
<i>*Просьба приложить копию свидетельства о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица</i>			
ФИО, должность руководителя или лица, подписывающего договор. Название, номер и дата выдачи документа, на основании которого действует руководитель (Устав, Доверенность, пр.)			
<i>*Просьба приложить копию документа, удостоверяющего личность первого руководителя или лица, подписывающего договор</i>			
Местонахождение организации (фактический и юридический адрес).		Номера телефонов, факса e-mail	Телефон:
Банковские реквизиты:			

Запрашиваемые условия страхования:

Запрашиваемый период страхования	
---	--

Сведения о лице (-ах), в пользу которого (-ых) заключается договор страхования

Количество основных застрахованных (сотрудников), в пользу которых заключается договор страхования	
--	--

Запрашиваемые условия страхования:

Программы страхования	Согласно Приложения 2 к Договору
Условия оплаты страховой премии Единовременно или в рассрочку (опишите суммы и даты платежей)	единовременно

Подтверждаю, что ознакомлен с условиями страхования и с перечнем заболеваний, наличие которых у лица, в пользу которого заключается договор страхования, является основанием для отказа в принятии на страхование. Подтверждаю, что в список лиц, в пользу которых заключается договор страхования, не включены лица с установленной инвалидностью I, II группы.

Подтверждаю, что все сведения, указанные выше, являются достоверными и полными, и буду информировать Страховщика обо всех изменениях, касающихся количества застрахованных в период после заполнения заявления на страхование и до начала действия договора страхования.

Согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какие-либо сведения будут заведомо ложными, договор страхования будет считаться недействительным с момента заключения, либо Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Подпись Страхователя _____
м.п.

Дата «__» _____ 2019 г.