



Қызметтерді сатып алу жөнінде шарт № _____

_____ қ.

«__» _____ 2025 ж.

"KMG Green Energy" Жауапкершілігі шектеулі серіктестік, бұдан әрі Заказчик деп аталатын, _____ негізінде қызмет ететін _____ атынан, бір жағынан, және _____ бұдан әрі Исполнитель деп аталатын, _____ негізінде қызмет ететін _____ атынан, екінші жағынан, бірге «Тараптар» деп аталатын, және жеке жоғарыда аталғандай «Тарап» деп аталатын, «Самұрық-Қазына» АҚ Директорлар кеңесімен бекітілген (2022 жылғы «03» мамыр №193) ұлттық әл-ауқат қоры» акционерлік қоғамының және акцияларының (қатысу үлестерінің) елу және одан көп пайызы меншік немесе сенімгерлік басқару құқығында «Самұрық-Қазына» АҚ-ға тікелей немесе жанама түрде тиесілі ұйымдардың сатып алу қызметін басқару тәртібіне (бұдан әрі – Тәртіп) сәйкес және _____ негізінде осы қызметтерді сатып алу жөнінде шартты (бұдан әрі – Шарт) жасасты және төмендегідей келісімге келді.

1. Ұғымдар мен терминдер

- 1.1. Әкімшілік шығындар – Сақтандырушының Шартты жүргізу және қолдау бойынша шығындары.
- 1.2. Дәрігер – пациентке медициналық ұйымда бақылау және емдеу кезеңінде медициналық көмек көрсететін дәрігер.
- 1.3. Отбасы дәрігері (жалпы практика дәрігері (ЖПД)/терапевт/педиатр) – Сақтандырылушыға Шартта белгіленген медициналық қызметтерді ұсынушы ұйымдастырушы және оларды көрсетуші медициналық ассистанстың дәрігері.
- 1.4. Медицина қызметкерінің құпиясы - дербес медициналық деректер, медициналық көмекке жүгіну фактісі, адамның денсаулық жағдайы, оның диагнозы туралы ақпарат және оны тексеру және (немесе) емдеу кезінде алынған өзге де мәліметтер.
- 1.5. Пайда алушы - Шартқа сәйкес сақтандыру төлемін алушы болып табылатын тұлға.
- 1.6. Қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер - аурулар мен жарақаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және олардың профилактикасы, медицина қызметкерлерінің бір-бірімен, Сақтандырылушылармен және (немесе) олардың заңды өкілдерімен қашықтықтан өзара іс-қимылын қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалау жүргізу, аталған адамдарды сәйкестендіру, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттау мақсатында медициналық қызметтер көрсету.
- 1.7. Сырқат – Сақтандырылушы ағзасының функционалдық немесе (және) морфологиялық өзгерістерімен шарттасылған қалыпты тіршілік әрекетінің бұзылуы.
- 1.8. Сақтандырылушы – Шартқа №4 қосымшада көрсетілген, оған қатысты сақтандыру жасалатын тұлға.
 - 1.8.1. Негізгі Сақтандырылушы – Сақтанушы – заңды тұлғаның қызметкері немесе Сақтанушы болып табылатын жеке тұлға.
 - 1.8.2. Отбасының сақтандырылған мүшелері – егер Сақтандыру бағдарламасында өзгеше көзделмесе, негізгі Сақтандырылушының тікелей туыстары (75 жасқа дейінгі ата-анасы, жұбайы (зайыбы) және/немесе 1 жастан 21 жасқа дейінгі балалар).
- 1.9. Құрал-сайман зерттеулері – арнайы медициналық жабдықтың немесе апараттардың көмегімен диагностикалық зерттеулер (мысалы, рентгенография, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопия, томография және т.б.).
- 1.10. Есептен шығару санаты – лимитті (амбулаториялық-емханалық көмек, емдік массаж, стоматология және т. б.) ықтимал көрсете отырып, сақтандыру бағдарламасында көрсетілген жабу бойынша жеке позицияға біріктірілген бастапқы медициналық қызметтердің тізбесі.
- 1.11. Клиникалық хаттама - пациенттің белгілі бір ауруы немесе жағдайы кезінде алдын алу, диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек бойынша ғылыми дәлелденген ұсынымдар.
- 1.12. Зертханалық зерттеулер – емдеу-алдын алу мекемелерінің зертханаларында жүргізілген және сырқаттану кезінде диагнозды нақтылау және қою үшін қызмет ететін диагностикалық талдаулар.
- 1.13. Жауапкершілік лимиті – сақтандыру бағдарламасында белгіленетін, арнайы есептен шығару санаты бойынша сақтандыру сомасы.
- 1.14. Дәрі-дәрмектер – дәрілік заттар. Дәрілік зат - адам ағзасымен байланысқа түсетін, адам ауруларын емдеуге, олардың профилактикасына немесе фармакологиялық, иммунологиялық не метаболизмдік әсер ету арқылы оның физиологиялық функцияларын қалпына келтіруге, түзетуге немесе өзгертуге немесе адам аурулары мен жай-күйін диагностикалауға арналған зат не заттардың комбинациясы болып табылатын немесе бар зат.
- 1.15. Медициналық ассистанс – Сақтандырушымен жасалған шарт негізінде Сақтандырылушыға көрсетілетін және Шартта көзделген медициналық қызметтерді ұйымдастыру, ұсыну және төлеу, таңдалған сақтандыру бағдарламасы бойынша Сақтандырылушыға тәулік бойы ақпараттық қолдау қызметін жүзеге асыратын Сақтандырушының өкілі - заңды тұлға.
- 1.16. Медициналық қызметтер – нақты адамға қатысты профилактикалық, диагностикалық, емдеу бағыты бар денсаулық сақтау





субъектілерінің іс-әрекеттері. Медициналық қызметтерді тек Қазақстан Республикасының аумағында медициналық желінің қатысушылары болып табылатын медициналық ұйымдар, сондай-ақ медициналық ассистанспен/сақтандырушымен келісу кезінде және отбасылық дәрігердің жолдамасы бойынша өзге де медициналық ұйымдар көрсетеді.

1.17. Медициналық ұйымдар – Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес негізгі қызметі халыққа медициналық көмек және медициналық қызметтер көрсету болып табылатын (емханалар, ауруханалар, клиникалар, диагностикалық орталықтар, жедел медициналық жәрдем станциялары, республикалық мамандандырылған медицина орталықтары, ғылыми-зерттеу институттарының клиникалары, жеке медициналық ұйымдар және басқалар), Сақтандырылушыға тиісті медициналық қызметті жүзеге асыру құқығына лицензиясы бар медициналық қызметтер көрсететін мамандандырылған медициналық ұйым, онымен Сақтандырушы (медициналық ассистанс) Сақтандырылушыға медициналық қызметтер көрсетуге шарт жасасқан, денсаулық сақтау ұйымдары болып табылатын заңды тұлғалар.

1.18. Дәрігердің немесе дәрігер-үйлестірушінің жолдамасы – медициналық ассистанстың дәрігер-үйлестірушісі беретін, Сақтандырылушыға медициналық қызметтер көрсету тізбесін, көлемін және тәртібін анықтайтын, белгіленген үлгідегі құжат.

1.19. Өтелетін шығындар – Сақтандырылушыға медициналық көрсеткіштеріне сәйкес сақтандыру бағдарламасы, Шарт аясында тағайындалған дәрі-дәрмектер мен медициналық қызметтердің ақысы бойынша шығындар.

1.20. Сақтандыру бағдарламасы – Шарттың талаптарына сәйкес Сақтандырушы олар бойынша шығындарды өтеуі тиіс медициналық қызметтердің тізбесі (Шартқа №2 қосымша).

1.21. Сақтандыру қорғанысының қолданыс мерзімі – оның ішінде Сақтандырушы (медициналық ассистанс) Шартқа сәйкес өзінің міндеттерін орындайтын уақыт кезеңі.

1.22. Репатриация – мүрдені (қалдықты) тұрғылықты елдің жақын потрына тасымалдау.

1.23. Сақтандыру төлемі – сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушы Пайда алушыға сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті) шегінде төлейтін ақша сомасы.

1.24. Шұғыл көрсеткіштер бойынша хирургиялық операция – Сақтандырылушы медициналық ұйымның қабылдау бөлмесіне түскеннен кейін 1-тәулік ішінде оған аяқ астынан және алдын ала жоспарланбай жасалған операция.

1.25. Медициналық көрсеткіштері бойынша хирургиялық операция – оны жүргізу қажеттілігін және жүргізу күнін медициналық ассистанс тізіміндегі дәрігер анықтаған және медициналық ассистанстың тізіміндегі медициналық ұйымда жүргізілген операция.

1.26. Шұғыл көрсеткіштер – Сақтандырылушының кенеттен сырқаттануынан оның денсаулығының аяқ астынан нашарлауы және шұғыл медициналық көмекті қажет етуі.

1.27. Шұғыл медициналық көмек – Сақтандырылушының өміріне қауіп төндіретін жайды, сондай-ақ жедел медициналық араласуды қажет ететін жайды жоюға бағытталған медициналық шаралар кешені.

1.28. Медициналық желіге қатысушылар – медициналық ассистанспен сақтандырылған адамдарға медициналық қызметтер және (немесе) дәрі-дәрмектер ұсыну шарттары мен тәртібін айқындайтын арнайы келісім жасасқан медициналық ұйымдардың, дәрігерлер мен дәріханалардың тізімі. Шарт бойынша Медициналық желіге қатысушылардың тізімі Шартқа №5 қосымшада көрсетілген.

2. Шарттың мәні

2.1. Шарт бойынша сақтанушы сақтандыру сыйлықақысын төлеуге міндеттенеді, ал Сақтандырушы сақтандыру жағдайы басталған кезде таңдалған сақтандыру бағдарламасына және шарттың талаптарына сәйкес сақтандырылған медициналық қызметтер бойынша шығыстарды төлеу арқылы медициналық ассистанстың және медициналық желіге қатысушылардың сақтандырылған медициналық қызметтер көрсетуін ұйымдастыруға міндеттенеді.

3. Сақтандыруды шектеу

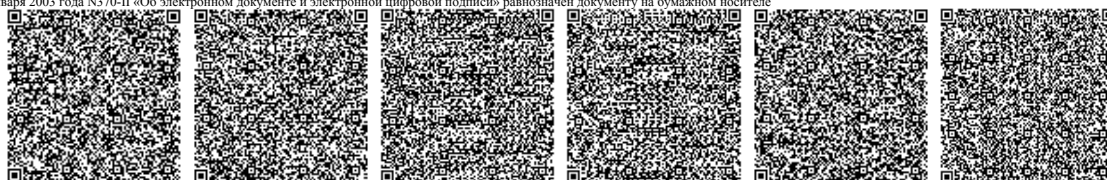
3.1. Сақтандырылушылар 1 (бір) жастан бастап 75 (жетпыс бес) жасқа дейінгі тұлғалар болуы мүмкін, егер сақтандыру бағдарламасында өзгеше ескертілмесе (Шартқа №2 қосымша).

3.2. Егер сақтандыру бағдарламасында (Шартқа №2 қосымша) басқалай қарастырылмаса, бір Сақтандырылушыға отбасының 3-тен (үштен) артық емес мүшелері тіркелуі мүмкін.

3.3. Сақтандыруға мына тұлғалар жатпайды:

3.3.1. кез келген ауру бойынша I - II топтағы мүгедектер, бала кезінен мүгедектер болып табылады (III топтағы мүгедектігі бар адамдарға осы мүгедектікке әкеп соққан ауруды, оның асқынулары мен салдарларын емдеуге арналған шығыстар, сондай-ақ осы аурумен тікелей себеп-салдарлық байланыстағы кез келген жай-күй өтелмейді);

3.3.2. Шартты жасасу сәтіне кез келген сырқат бойынша ауруханаға жатқызылғандар;





3.3.3. наркологиялық, жүйке-неврологиялық, онкологиялық, тері-венерологиялық диспансерлерде есепте тұратын, СПИД немесе туберкулезбен ауырмайтындар, Шартта тікелей қарастырылған жағдайларды қоспағанда;

3.3.4. Шартты жасасу сәтіне мына сырқаттармен ауыратындар:

3.3.4.1. уәкілетті мемлекеттік орган арқылы бекітілген, денсаулық сақтаудың мемлекеттік емес секторында емдеуге тыйым салынған аурулардың тізбесіне кіретін аурулар, оның ішінде, жүйке аурулары, қатерлі жаңа өскіндер, онкогематологиялық сырқаттар, венерологиялық сырқаттар, ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, бруцеллез, безгек, алапес, оба, тырысқақ, сары қызба, геморрагиялық вирусты қызба, іш сүзегі және паратифтер, аусыл, құтырма, вирусты гепатит;

3.3.4.2. эпилепсия, сондай-ақ жүйке табиғатынан туындаған жарақаттар мен соматикалық аурулар, наркологиялық аурулар (наркомания, токсикомания, алкоголизм), І типті қант диабеті, дерматомиозит, склеродермия, СКВ (жүйелі қызыл жегі), Бехтерев ауруы, жүйке жүйесінің және бұлшық еттердің тұқым қуалайтын және дегенеративті аурулары (Паркинсон ауруы, Гентингтон хорейсы, миастения, миопатия, Пьер-Маридің тұқым қуалайтын миышқ атаксиясы, Фридрейх ауруы, үдеп кеткен бұлшық ет дистрофиясы, невралды амиотрофия; гепато-церебральды дистрофия (Вильсон-Коновалов ауруы), фенилкетонурия, нерв жүйесінің миелинсіздендіретін аурулары (Альцгеймер ауруы, ұмытшақ склероз, синрингомиелия, БАС – бүйірлік амиотрофиялық склероз); балалардың церебральды сал ауруы; муковисцидоз; туа біткен ихтиоз, инфекциялық менингит;

3.3.4.3. кәсіби сырқаттар;

3.3.4.4. радиациялық, UVЧ және СВЧ зақымдану;

3.3.4.5. жүрек қан тамыры аурулары: Абрамов-Фидлер миокардиті, кардиомиопатия;

3.3.4.6. қан аурулары: гемобластоз, апластикалық және гипопластикалық анемия;

3.3.4.7. эндокрин жүйесінің аурулары: Иценко-Кушинг синдромы және ауруы, феохромоцитома, туа біткен гипотиреоз, гипопаратироз;

3.3.4.8. ревматизм аурулары: ДБСТ (дәнекерлеуші тіндердің диффузды аурулары); Шегрен синдромы, Шарп синдромы, Рейтер ауруы, жүректің ревматизм аурулары, ІІБ-ІІІ қан жетіспеушілігімен (НУНА бойынша 3, 4-деңгей); буындар функциясының ІІ, ІІІ деңгейлі бұзылысы бар ревматоидты артрит; жүйелік васкулит;

3.3.4.9. бүйрек аурулары: амилоидоз, созылмалы гломерулонефрит; созылмалы бүйрек жетімсіздігі ІІ – ІІІ деңгейлі (бүйректердің созылмалы ауруы ІІІ – V кезең);

3.3.4.10. тыныс жолдары аурулары: бронхоэктатикалық ауру, өкпенің бастапқы эмфиземасы, буллезды эмфизема, диффузды пневмофиброз (фиброздайтын альвеолит) және гранулематоз, өкпенің саркоидозы, пневмокониоз;

3.3.4.11. туа біткен аурулар.

3.4. Сақтанушы (Сақтандырылушы) осы баптың 3.3.-тармағында көзделген, бұрын диагностика қойылған сырқаттары туралы ақпаратты Шартты жасасу сәтінде жасырғандығы мәлім болса, мұндай тұлғаларға қатысты жасалған Шарт мерзімінен бұрын бұзылады, ал төленген сақтандыру сыйлықақысы кері қайтарылмайды.

3.5. Егер 3.3-тармақта көрсетілген ауруларға Шарт бойынша сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңінде алғаш рет Сақтандырылушыға диагноз қойылса, Сақтандырушы Сақтандырылушының осы ауру бойынша шеккен шығыстарын амбулаториялық-емханалық жағдайларда диагноз қойылған сәтке дейін не аурудың диагнозы алғаш рет анықталған кезде шұғыл және (немесе) емдік көрсеткіштер бойынша стационарлық емдеу курсы аяқталғанға дейін өтейді. Мұндай Сақтандырылушыларға қатысты Шарт өз қолданысын жалғастырады. Бұл ретте Шарттың 3.3-тармағында көрсетілген ауруларды емдеу бойынша одан әрі шығыстар Сақтандырушымен өтелмейді.

4. Сақтандыру сыйлықақысы

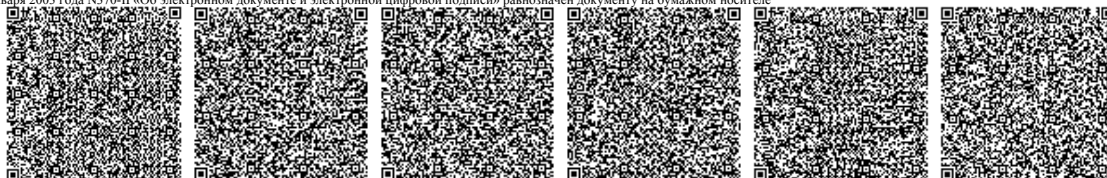
4.1. Әрбір негізгі Сақтандырылушы үшін сақтандыру сыйлықақысы таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес белгіленеді және _____ (_____) теңге.

4.2. Отбасының әрбір сақтандырылған мүшесіне сақтандыру сыйлықақысы таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес белгіленеді және _____ (_____) теңге.

4.3. Шарт бойынша сақтандыру сыйлықақысының жалпы мөлшері Шарттың №9 қосымшасында көрсетілген.

4.4. Сақтандырылушылардың тізіміне өзгерістер енгізілген кезде Сақтанушы қосымша төлейтін сақтандыру сыйлықақысының мөлшері Шарттың 11-бөліміне сәйкес белгіленеді және тараптар оны қосымша келісім ретінде ресімдейді.

4.5. Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі Шарттың №8 қосымшада белгіленді.





4.6. Сақтандырылушылар тізіміне өзгерістер енгізген кезде Сақтанушы қосымша төлейтін сақтандыру сыйлықақысының мөлшері Шарттың 4.1-тармағына және 10-бөліміне сәйкес айқындалады және Тараптардың қосымша келісімімен ресімделеді және қосымша келісімде белгіленген мерзімде бір рет төленеді.

4.7. Сақтанушы сақтандыру сыйлықақысын (кезекті сақтандыру жарнасын) Шарттың талаптарымен келісілген мерзімде төлемеген жағдайда, Сақтандырушы:

4.7.1. Шартты бір жақты тәртіпте, сақтандыру сыйлықақысын (кезекті сақтандыру жарнасын) төлемеген күннен бастап бұзуға;

4.7.2. егер сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиға оны төлеу кешіктірілген сақтандыру сыйлықақысын (кезекті сақтандыру жарнасын) төлеген күнге дейін орын алса, сақтандыру төлемінен бас тартуға құқылы.

5. Сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті)

5.1. Негізгі Сақтандырылушыға және отбасының сақтандырылған мүшелеріне сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті) таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес анықталады және көрсетілген Сақтандырылушылар үшін бірегей, яғни, негізгі Сақтандырылушы мен отбасының сақтандырылған мүшелері үшін бір сома болып табылады.

5.2. Есептен шығарудың әр санаты үшін сақтандыру сомалары (жауапкершілік лимиті) сақтандыру бағдарламасында белгіленеді және бөлек көрсетіледі.

5.3. Есептен шығарудың әр санаты үшін сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті) бүкіл отбасы – негізгі Сақтандырылушы және отбасының сақтандырылған мүшелері үшін бір, осы сома шегінде Сақтандырушы негізгі Сақтандырылушыға және отбасының сақтандырылған мүшелеріне көрсетілген медициналық қызметтердің ақысын есептен шығарудың осы санаты бойынша төлейді. Сақтандырушы сақтандыру төлемін төлегеннен кейін есептен шығарудың тиісті санаты бойынша сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті), сондай-ақ жалпы сақтандыру сомасы жүзеге асырылған сақтандыру төлемінің сомасына азаяды.

5.4. Шарт бойынша сақтандыру сомасының мөлшері Шарттың №9 қосымшасында көрсетілген.

5.5. 12 (он екі) айдан аз мерзімге қосымша сақтандыруға қабылданатын негізгі сақтандырылушыға қатысты есептен шығарудың жекелеген санаттары бойынша жауапкершілік лимиттері сақтандыру сыйлықақысын есептеу және сақтандыру сомасын айқындау табеліне (бұдан әрі – Табель) сәйкес сақтандыру қорғанысының қалған кезеңіне пропорционалды түрде қайта есептеледі (Шарттың №8 қосымшасы).

6. Сақтандыру сомасын (жауапкершілік лимитін) түгесу және артық жұмсау

6.1. Есептен шығарудың бір санаты бойынша сақтандыру сомасын (жауапкершілік лимиті) түгесу және артық жұмсау Сақтандырушының аталған медициналық қызмет бойынша сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндетін тоқтатуға әкеп соқтырады.

6.2. Есептен шығарудың бір санатынан басқасына жауапкершілік лимитін ауыстыруға рұқсат етілмейді.

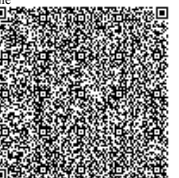
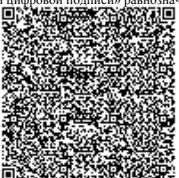
6.3. Есептен шығарудың бір санаты бойынша сақтандыру сомасын (жауапкершілік лимиті) түгесу Шартты тоқтатуға әкеп соқтырмайды.

6.4. Есептен шығарудың белгілі бір санаты бойынша шығындардың жалпы сомасы есептен шығарудың осы санаты бойынша сақтандыру бағдарламасында қарастырылған сақтандыру сомасының мөлшерінен асса, Сақтандырылушы (Сақтанушы) Сақтандырушыға бұл артық төлемді (шығынның артық жұмсалуды) толықтырады.

6.5. Мұндай артық жұмсалым туындаған кезде Сақтандырушы (медициналық сервистік компания) Сақтандырылушыны (Сақтанушыны) телефон және (немесе) хат (бұл ретте Сақтандырылушыны телефон арқылы хабардар ету ол қабылдаған болып есептеледі) арқылы туындаған лимиттің артық жұмсалымы туралы хабардар етеді және бір мезгілде сақтандыру карточкасына бұғат қояды, яғни, ол Сақтандырылушының артық жұмсалым сомасын толық өтегенге дейін (отбасы мүшелері сақтандырылған жағдайда, бұл талап бүкіл отбасына қолданылады) медициналық қызметтердің өтемін тоқтатады.

6.6. Лимиттің артық жұмсалуды орын алған сақтандыру бағдарламасы бойынша сақтандырылушы хабарламаны алған сәттен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде медициналық ассистанстың қассасына лимиттің артық жұмсалудың сомасы мөлшерінде берешекті қолма-қол ақшалай қаражатпен немесе медициналық ассистанстың банктік шотына қолма-қол ақшасыз төлеммен төлеуге міндетті. Сақтанушы (Сақтандырылушы) көрсетілген кезеңде берешекті төлемеген жағдайда Сақтандырушы/медициналық ассистанс кейіннен күнтізбелік 30 (отыз) күн өткен соң сақтандырудан алып тастай отырып, сақтандыру қоғауының толық бұғаттайды. Осы Сақтандырылушы бойынша, сондай-ақ сақтандырылған отбасы мүшелері бойынша сақтандыру сыйлықақысын қайтару жүргізілмейді.

6.7. Сақтандырылушы Шартта, сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық қызметтерді алған жағдайда немесе көрсетілген медициналық көмек медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалмаған болып саналса, ондай медициналық қызметтің ақысын Сақтандырылушы өзі төлейді не оның құнын медициналық ассистансқа өтейді. Бұл жағдайда медициналық ассистанс Сақтандырылушыға туындаған берешек туралы хабарлайды және бір мезгілде сақтандыру қорғауының әрекетін бұғаттайды, яғни, ол Сақтандырылушыға ол алған медициналық қызметтердің ақысын (отбасы мүшелері сақтандырылған кезде, бұл талап барлық отбасы мүшелеріне қатысты) толық төлегенге дейін медициналық қызметтердің ақысын өтеуді тоқтатады, Сақтандырылушы хабарлама алған





сәттен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде туындаған берешекті толық көлемінде төлеуге міндетті.

7. Сақтанушының (Сақтандырылушының) сақтандыру жағдайы басталған кездегі әрекеті

7.1. Медициналық қызметтерді алу үшін Сақтандырылушы медициналық ассистансқа жолығуы және оның нұсқауларын орындауы тиіс.

7.2. Медициналық ассистансқа әр барған сайын Сақтандырылушы оған жеке басын куәландыратын құжатты көрсетуге міндетті. Медициналық желіге қатысушылардан медициналық қызметтер алуға тек медициналық ассистанс қызметкерінің жолдамасы және жеке басын куәландыратын құжат болғанда ғана рұқсат етіледі. Бұған Шарттың 7.12.-тармағында көзделген талаптар сақталған кездегі шұғыл жағдайлар мен стоматология кірмейді.

7.3. Сақтандырылушыларға медициналық қызметтерді тікелей медициналық ассистанс немесе медициналық ассистанттың шешімі/жолдамасы бойынша медициналық желіге қатысушылар тізіміне кіретін емдеу мекемелерінде көрсетеді. Отбасылық дәрігердің қызметтерін тек медициналық ассистанс көрсетеді.

7.4. Медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер егер аталған медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер Қазақстан Республикасының Денсаулық министрлігі бекіткен/ұсынған сырқаттарға диагностика қою және емдеу хаттамаларына сәйкес Сақтандырылушының сырқатына диагностика қою және оны емдеу үшін қажетті және жеткілікті болған кезде, медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналады.

7.5. Медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер егер аталған медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер Сақтандырушының медициналық сарапшысының қорытындысына сәйкес:

7.5.1. ауруды емдеу үшін қажетті және жеткілікті болып табылмағанда;

7.5.2. эксперимент немесе ғылыми-зерттеу жұмыстары аясында тағайындалса, медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналмайды.

7.6. Шұғыл көрсеткіштері бойынша амбулаториялық-емханалық қызметтер дәрігердің тәулік бойы бақылауын және Сақтандырылушының стационарда болуын талап етпейтін, жіті жай-күйді дереу тоқтатуға бағытталған; оған диагноз қою үшін қажетті отбасы дәрігерінің қабылдауы, жедел кеңес беру – диагностика жасау іс-шаралары (тандалған сақтандыру бағдарламасы шегінде), жіті жай-күйді дереу тоқтатуға бағытталған емдеу-диагностикалық процедуралары кіреді.

7.7. Шұғыл көрсеткіштер бойынша стационарда емдеу дәрігердің тәулік бойы бақылауын және Сақтандырылушының стационарда болуын талап ететін Сақтандырылушы денсаулығының кенеттен нашарлау кезінде қолданылады; бұл ретте медициналық көмек дереу көрсетілуі тиіс, яғни, жағдай туындаған алғашқы тәулікте және медициналық көмек көрсетуден бас тарту немесе оны кідірту қайтыс болуға дейінгі ауыр салдарға соқтыруы мүмкін.

7.7.1. Медициналық қызмет көрсету үшін шұғыл жағдайлар:

7.7.1.1. қатты ауру (іштің ауруы, жүрек тұсының ауруы және т.б.);

7.7.1.2. қатты жарақаттар (сынықтар, жаралану және т.б.);

7.7.1.3. 38°C-тан жоғары гипертермия;

7.7.1.4. абсцесс, панариция, басқа хирургиялық жолды талап ететін іріңдеу процестері;

7.7.1.5. жіті аллергиялық жай-күй (Квинке ісігі, есекжем, Лайел синдромы, Стивенс-Джонс синдромы және т.б.);

7.7.1.6. гипертониялық криздер;

7.7.1.7. ессіз жағдай;

7.7.1.8. қан жоғалтуды көрсететін сырттай қансырау, сондай-ақ іштей қансыру және ішкі ағзаға қан кету;

7.7.1.9. күйік және үсу;

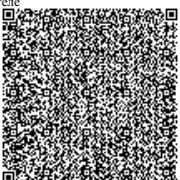
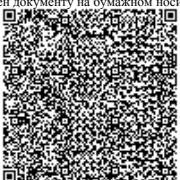
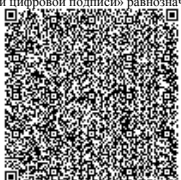
7.7.1.10. улану;

7.7.1.11. сіңір тартылу;

7.7.1.12. жіті хирургиялық жай-күй;

7.7.1.13. жіті бүйрек жетімсіздігі;

7.7.1.14. жіті бауыр жетімсіздігі;





- 7.7.1.15. жіті церебральды жетімсіздік;
- 7.7.1.16. жіті тыныс алу жетімсіздігі;
- 7.7.1.17. жіті жүрек қан тамыры жетімсіздігі;
- 7.7.1.18. жіті миокард инфаркты;
- 7.7.1.19. тұрақсыз стенокардия;
- 7.7.1.20. кез келген этиологиядағы шок.

7.8. Емдеу көрсеткіштері бойынша амбулаториялық-емханалық көмек – қажеттілігі айқын, көмек көрсетпеу Сақтандырылушы жай-күйінің қабынуына және құлдырауына әкеп соқтыруы мүмкін, бірақ қаралу сәтінде шұғыл медициналық көмекті қажет етпейтін, емхана жағдайында туындаған патологиялық жай-күйді емдеуге бағытталған медициналық іс-шаралар.

7.9. Емдеу (жоспарлы) көрсеткіштері бойынша стационарда емдеу – дәрігердің тәулік бойы бақылауы үшін немесе оның қажеттілігін дәрігер алдын-ала белгілеген күрделі емдеу-диагностика процедураларын жүргізу үшін Сақтандырылушының тәулік бойы стационарда болуын талап ететін Сақтандырылушы денсаулығының құлдырауы (алғаш рет болған жіті сырқаттың немесе созылмалы сырқаттың қабынуы салдарынан) кезінде жүргізіледі.

7.10. Шұғыл және емдеу көрсеткіштері бойынша стационарда емдеуді ұйымдастыру кезінде медициналық ұйымды немесе бөлімшені медициналық ассистанс қызметкері таңдалған тиісті медициналық бағдарламаға сәйкес медициналық желіге қатысушылар тізбесіне сәйкес таңдайды.

7.11. Стационарлық емдеу курсы барысында шұғыл да, емдік де көрсеткіштер бойынша сақтандырушымен тек негізгі аурумен және Сақтандырылушыны ауруханаға жатқызуға тікелей себеп болған негізгі аурумен себеп-салдарлық байланыстағы ілеспе аурулармен байланысты диагностика мен емдеу өтеледі.

7.12. Сақтандырылушының стационарда емделуге шұғыл көрсеткіштері туындаған жағдайда, Сақтандырылушының медициналық сервистік компанияға өзі қаралу мүмкіндігі болмаған кезде Сақтанушы, Сақтандырылушының өзі немесе басқа тұлғалар арқылы Сақтандырушыны немесе медициналық ассистансты сақтандыру жағдайының басталғаны туралы оған сақтандыру жағдайының басталғаны туралы белгілі болған сәттен бастап 24 (жиырма төрт) сағат ішінде хабардар етуге міндетті.

7.13. Сақтандырылушы медициналық қызметтерді ол таңдаған сақтандыру бағдарламасы бойынша медициналық желіге қатысушы медициналық ұйымдардан алуға құқылы.

7.14. Сақтандырылушы сақтандыру бағдарламасында қарастырылған медициналық қызметтерді отбасы дәрігерінің келісімімен және оның жолдамасы бойынша медициналық желіге қатысушы болып табылмайтын медициналық ұйымдардан стоматологиядан басқа қызметтерді егер Сақтандырылушыға шұғыл, емдеу көрсеткіштері бойынша қажетті немесе диагноз қою үшін медициналық қызмет қандай да бір себептермен медициналық желіге қатысушыларда көрсетіле алмайтын болса ғана алуға құқылы.

7.15. Осы тараудың 7.12. және 7.16.-тармақтарында көзделген жағдайларда Сақтандырылушы көрсетілген медициналық қызметтердің ақысын өзі төлейді және медициналық сервистік компанияға немесе Сақтандырушыға тараудың 8.5.-тармағына сәйкес тартқан шығындардың өтемін алу үшін қажетті құжаттарды ұсынады.

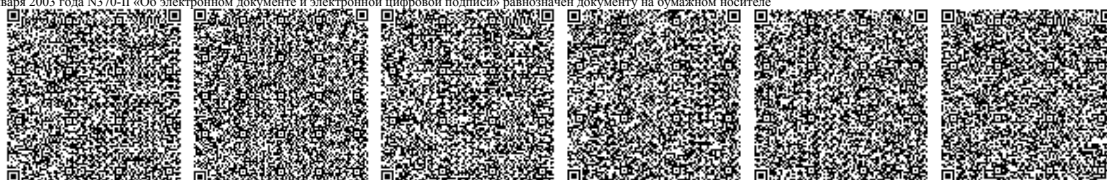
7.16. Сақтандырылушы медициналық ұйымға қаралған кезде Сақтандырушы/ медициналық ассистанс аталған медициналық ұйымдардың мамандары қойған диагностика және емдеу нәтижелері үшін жауап бермейді.

7.17. Медициналық қызметтерді алу кезінде Сақтандырылушы оған медициналық қызметтерді көрсету фактісін өз қолымен (немесе мобильді қосымшада QR кодын немесе SMS арқылы) жолдама бланкісінде, дәріханада дәрі-дәрмектерді алу кезінде рецептуралық бланкісінде, стоматологиялық емдеуді алу кезінде тапсырыс-нарядта растайды.

7.18. Сақтандырушы / медициналық ассистанс Шартқа қосымша келісімге қол қоймастан, осындай өзгеріс болған сәттен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде Сақтанушыға электрондық хабарлама арқылы кейіннен хабарлай отырып, медициналық желіге қатысушылардың тізіміне өзгерістер енгізуге құқылы. Сақтанушы кез келген уақытта Сақтандырушыдан/медициналық ассистанстан медициналық желіге қатысушылар тізіміндегі өзгерістерді сұратуға құқылы.

7.19. Егер медициналық ұйым медициналық желіге қатысушылар тізімінен шығарылған сәтте сақтандырылған адам емдеу курсы алуы жалғастырса және емдеуді аяқтау үшін уақыт талап етілсе, медициналық ассистанс осындай медициналық қызметтерге осы медициналық ұйымға жүгіну үшін себеп болған негізгі ауру бойынша емдеу аяқталғанға дейін ақы төлейді.

7.20. Вакцинация қызметтерін ұсыну Сақтандырылушыны сақтандыру бағдарламасында жабудың осы санаты болған кезде жүзеге асырылады. Вакцинаны таңдауды медициналық ассистанс мамандары жүзеге асырады. Сақтанушының жауапты адамы медициналық ассистанс белгілеген мерзімде медициналық ассистансқа электрондық түрде вакцинацияланатындардың санын көрсете отырып, өтінімді және одан әрі (маусымдық вакцинация кезеңінде) вакцинациялауға жататын Сақтандырылғандардың тізімін ұсынады. Вакцинацияны жүргізу күні мен орнын медициналық ассистанс және Сақтанушы сақтандыру бағдарламасының шарттарына сәйкес келіседі.





7.21. Сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтанушының (Сақтандырылушының) іс-қимыл тәртібі Шартқа №6 қосымшада көрсетіледі.

8. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру тәртібі

8.1. Сақтандыру төлемін Сақтандырушы Пайда алушыға Шарттың талаптарына сәйкес Сақтандырылушы алған медициналық қызметтерге арналған шығыстарды өтеу жолымен жүзеге асырады.

8.2. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру не сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту туралы шешімді Сақтандырушы шарт бойынша сақтандыру бағдарламасына сәйкес Сақтандырылушы көрсеткен барлық медициналық қызметтер бойынша есепті кезең ішінде шеккен шығыстардың жалпы сомасын және Сақтандырушы мен медициналық ассистанс арасында жасалған ынтымақтастық туралы тиісті шартта көзделген тәртіппен және мерзімдерде медициналық ассистанстан алынған орындалған жұмыстардың актісін көрсете отырып, төлем шотының негізінде қабылдайды.

8.3. Сақтандырушының пайда алушыға сақтандыру төлемін жүзеге асыруы оның банк шотына ақша аудару арқылы жүргізіледі.

8.4. Сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушыны сақтандыру төлемін жүзеге асырудан босатудың негіздері 8.11-тармақта және Шартқа №7 қосымшада көрсетілген.

8.5. 7.12. және 7.16.-тармақтарда көзделген жағдайларда. Сақтандырушы Сақтанушыға (Пайда алушыға) Сақтандырылушы өз бетінше төлеген медициналық қызметтердің құнын өтейді. Бұл жағдайда өтемді (сақтандыру төлемін) алу үшін Сақтандырылушы (Пайда алушы) медициналық қызметті алған күннен бастап күнтізбелік 30 (отыз) күн ішінде Сақтандырушыға мынадай құжаттарды ұсынуға міндетті:

8.5.1. Сақтандырылушының (Пайда алушының) жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

8.5.2. егер үшінші тұлға сақтандыру төлемін алушы болып табылса, өтемді (сақтандыру төлемін) алуға нотариалды куәландырылған сенімхат;

8.5.3. дәрігер - медициналық ассистанс қызметкерінің диагноз және алынған ұсынымдар көрсетілген жолдамасы;

8.5.4. сақтандыру төлемін жүзеге асыруға өтініш;

8.5.5. туу туралы куәліктің көшірмесі (кәмелетке толмаған Сақтандырылушы үшін);

8.5.6. Сақтандырылушының (Пайда алушының) банктік деректемелері;

8.5.7. қабылданған медициналық қызметтерді растайтын құжаттар:

8.5.7.1. амбулаториялық–емханалық көмек бойынша – шот-фактураның, фискалдық чектің түпнұсқасы және амбулаториялық картаның көшірмесі, зертханалық-аспаптық тексеру нәтижелерінің көшірмесі, диагнозын көрсете отырып, дәрігердің жазбалары және көрсетілген тексеруді жүргізу ұсынымдары;

8.5.7.2. стационарда емдеу бойынша – фискалдық чектің түпнұсқасы, көрсетілген қызметтердің тізбесі мен әрбір қызметтің құны көрсетілген медициналық ұйымның шот-фактурасының түпнұсқасы, стационарлық науқастың ауру тарихынан үзінді көшірменің көшірмесі, көрсетілген қызметтердің тізбесі мен олардың құны көрсетілген калькуляциялық парақтың көшірмесі;

8.5.7.3. стоматологиялық емдеу бойынша – тіс формуласы, клиникалық диагнозы және емделген/шығарылған тістің нөмірі көрсетілген фискалдық чектің түпнұсқасы, тапсырыс-наряд;

8.5.7.4. дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша – тауар чегінің, фискалдық чектің түпнұсқасы, медициналық ассистанс дәрігер-қызметкерінің рецепті.

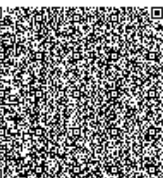
8.6. Егер стоматология сақтандыру бағдарламасында көзделген болса, стоматология бойынша шығыстарды қоспағанда, Шартқа сәйкес медициналық ассистанс дәрігер – қызметкерінің жолдамасынсыз (рецептісіз) жүзеге асырылған медициналық қызметтерге арналған кез келген шығыстар өтелмейді.

8.7. Сақтандырушы медициналық желіге қатысушылар болып табылмайтын медициналық ұйымдарда алынған стоматологиялық қызметтер бойынша кез келген шығыстарды, Сақтандырылушы оны алу қажеттілігін негіздейтін құжатты ұсынған жағдайда не медициналық ассистанспен келіскен жағдайда, медициналық желіге қатысушылар қызметті көрсете алмаған жағдайларды қоспағанда, өтемейді. Бұл ретте Сақтандырушы өтетін шығыстар сомасының 70%-інен аспайтын мөлшерде сақтандыру төлемін жүзеге асырады.

8.8. Сақтандырушы қажет болған кезде олардың болмауынан сақтандыру жағдайы фактісін белгілеу және сақтандыру төлемінің мөлшерін анықтау мүмкін емес басқа медициналық құжаттарды қосымша ұсынуды талап етуі мүмкін.

8.9. Сақтандырушы қажет болған кезде олардың болмауынан сақтандыру жағдайы фактісін белгілеу және сақтандыру төлемінің мөлшерін анықтау мүмкін емес басқа медициналық құжаттарды қосымша ұсынуды талап етуі мүмкін.

8.10. Сақтандырушы 8.5-тармақта көрсетілген барлық құжаттарды алған күннен бастап 20 (жиырма) жұмыс күні ішінде Шарттың 7.12-





тармақтарында көзделген медициналық қызметтердің құнын өтеуді жүзеге асыруға және 7.16. сақтандыру төлемін алуға не дәлелді бас тартуды ұсынуға міндетті.

8.11. Медициналық қызметтер құнын өтеу/сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту үшін мыналар негіз болып табылады:

8.11.1. Сақтандырылушының Шартта және (немесе) сақтандыру бағдарламасында көзделмеген медициналық қызметтерді алуы;

8.11.2. Сақтандырылушыларға медициналық көрсетілімдері жоқ медициналық қызметтерді алу;

8.11.3. Сақтанушының (Сақтандырылушының) Шарт жасасу күніне Сақтандырылушының денсаулық жағдайы туралы анық емес мәліметтерді хабарлауы;

8.11.4. сақтандыру жағдайының басталғаны туралы хабарламау немесе уақтылы хабарламау;

8.11.5. егер Сақтандырылушының Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен мүмкіндігі болса, бірақ Сақтандырушыға Шартта белгіленген мерзімде сақтандыру жағдайының себептерін, сипатын және оның туындаған салдармен байланысын анықтау үшін қажетті құжаттар мен мәліметтерді ұсынбаса немесе көрінеу жалған мәліметтер/құжаттар ұсынса.

8.12. Егер Сақтандырылушы емдеуші дәрігердің нұсқамасын орындамаса немесе емдеу кезінде емдеуші дәрігер айқындаған режим бұзылса, Сақтандырылушыға көрсетілген медициналық қызметтерге ақы төлемеуге құқылы, бұл дәрігердің қорытындысымен (амбулаториялық картадан үзінді көшірмемен немесе өзге де ұқсас медициналық құжаттармен) расталады.

9. Шарттың қолданылу мерзімі және оны өзгерту

9.1. Шартқа өзгерістер мен толықтырулар енгізу Тараптардың өзара келісімі бойынша Тараптардың бірінің жазбаша өтініші (хабарламасы) негізінде жүргізіледі.

9.2. Егер қандай да бір Тарап шартқа өзгерістер мен толықтырулар енгізуге келіспесе, 5 (бес) жұмыс күні ішінде шартты бұрынғы талаптармен жалғастыру немесе шартты тоқтату туралы мәселе шешіледі.

9.3. Шартқа барлық өзгерістер мен толықтырулардың, олар жазбаша нысанда қосымша келісімдер жасасу және Тараптардың уәкілетті өкілдерінің қол қоюы арқылы ресімделген жағдайда, заңды күші болады.

10. Сақтандырылушыны қосымша қосу және мерзімінен бұрын алып тастау және Сақтандырылушыны ауыстыру

10.1. Сақтандырушыны қосымша қосу, мерзімінен бұрын алып тастау, сондай-ақ оны ауыстыру тараптардың келісімі бойынша жүргізіледі және Шартқа қосымша келісім ретінде ресімделеді.

10.2. Негізгі Сақтандырылушыны 12 (он екі) айдан аз мерзімге сақтандыру шартына қосымша енгізген кезде сақтандыру сыйлықақысы табельге сәйкес әрбір негізгі Сақтандырылушы үшін төленеді. Есептен шығарудың жекелеген санаттары бойынша сақтандыру сомасы (жауапкершілік лимиті) Шартқа №8 қосымшаға сәйкес сақтандыру қорғанысының қалған кезеңіне пропорционалды түрде қайта есептеледі

10.3. Сақтандырылушылар тізіміне отбасы мүшесін қосымша енгізген кезде сақтандыру сыйлықақысы отбасының әрбір сақтандырылған мүшесі үшін толық төленеді, бұл ретте мұндай қосымша енгізу егер тараптардың қосымша келісімінде басқалай ескертілмесе, негізгі Сақтандырылушыға қатысты Шарт әрекетін бастаған күннен бастап алғашқы 45 (қырық бес) күн ішінде ғана жүргізіледі.

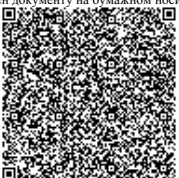
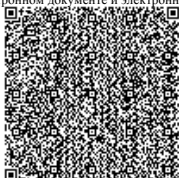
10.4. Сақтандырылушыны сақтандырылушылар тізімінен мерзімінен бұрын алып тастау қажет болған кезде Сақтанушы алып тастау туралы шешім қабылдаған күннен бастап 2 (екі) жұмыс күнінен кешіктірмей бұл туралы Сақтандырушыға электрондық пошта арқылы хабарлауға міндетті. Сақтандыру сыйлықақысын қайтару есебі хабарлама күнінен кейін 15 (он бес) жұмыс күні өткен соң жүргізіледі.

10.5. Сақтандырылушыны Сақтандырылушылар тізімінен алып тастау күні болып қосымша келісімде көрсетілген күн саналады, бірақ кез келген жағдайда Сақтандырушыны хабардар еткен күннен кейінгі жұмыс күнінен бұрын емес.

10.6. Негізгі Сақтандырылушы Сақтандырылушылар тізімінен мерзімінен бұрын шығарылған кезде, осы Сақтандырылушы және оның отбасы мүшелері бойынша сақтандыру төлемдері жүзеге асырылмаған кезде Сақтандырушы табельге (Шарттың №8 қосымшасы) сәйкес сақтандыру сыйлықақысының 25% - ы сомасы шегеріліп, осы негізгі Сақтандырылушы үшін төленген сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігін Сақтанушыға қайтарады. Алып тасталатын отбасы мүшелері бойынша сақтандыру сыйлықақысын қайтару жүргізілмейді.

10.7. Негізгі Сақтандырылушы сақтандырылушылар тізімінен мерзімінен бұрын шығарылған кезде, осы Сақтандырылушы бойынша сақтандыру төлемдері жүзеге асырылған жағдайларда, сақтандыру сыйлықақысы қайтарылмайды.

10.8. Сақтандырушы негізгі Сақтандырылушыны ауыстыратын Сақтандырылушы және/немесе оның отбасы мүшелері (отбасылық тіркелген жағдайда) бойынша сақтандыру төлемдері жүзеге асырылмаған жағдайда ғана ауыстыра алады. Негізгі Сақтандырылушының отбасы мүшелерін ауыстыру жүргізілмейді. Негізгі Сақтандырылушыны ауыстыру Сақтанушының өтініші бойынша жүргізіледі және Шартқа қосымша келісіммен ресімделеді. Негізгі Сақтандырылушыны қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлемей ауыстыру тек 1 (бір) рет ғана мүмкін.





10.9. Сақтандырушы Сақтанушының өтініші бойынша, егер бұл сақтандыру бағдарламасында көзделген болса, сақтанушы картасының санатын неғұрлым қымбатқа ауыстыра алады, картаның санатын неғұрлым арзанға ауыстыру жүргізілмейді. Картаның санатын ауыстыру Шартқа қосымша келісім жасау және төленген сыйлықақы мен сақтандырудың жаңа санатының толық құны арасындағы құн айырмасын қосымша төлеу арқылы жүргізіледі. Бұл ретте Сақтандырылушының алдыңғы санат бойынша барлық шығыстары жаңа картаға көшіріледі, ал картаның нөмірі өзгеріссіз қалады. Карта Шарт жасалған күннен бастап алғашқы күнтізбелік 3 (үш) айда ауыстырылуы мүмкін.

11. Тараптардың құқықтары мен міндеттері

11.1. Тараптардың құқықтық өзара әрекеттері мен жауапкершілігі тараптар Шартты жасасқан сәттен басталады.

11.2. Сақтанушы құқылы:

11.2.1. Сақтандырушыдан сақтандыру талаптарын, медициналық қызметтер көрсету тәртібін түсіндіруді талап етуге;

11.2.2. осы шарттың талаптарына сәйкес Сақтандырылушылардың тізіміне өзгерістер мен толықтырулар енгізуге, бірақ Шарттың қолданылуы аяқталатын күнге дейін күнтізбелік 30 (отыз) күннен кешіктірмей;

11.2.3. медициналық қызметтерді Шарттың талаптарына және тандалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес көрсетуді талап етуге;

11.2.4. Шарттың қолданылу кезеңінде оның талаптарына сәйкес Сақтандырылушыларды Сақтандырылушылар тізімінен қосымша қосуды және шығаруды жүргізуге (Шартқа №4 қосымша);

11.2.5. Сақтандырылушы қабылдаған медициналық қызметтер бойынша шығындардың сомасы туралы ақпарат алуға;

11.2.6. Шартқа және Қазақстан Республикасының заңнамасына кереғар келмейтін басқа әрекеттерді жасауға құқылы.

11.3. Сақтанушы міндетті:

11.3.1. сақтандыру сыйлықақысын Шартты белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде төлеуге;

11.3.2. Шарт жасасу кезінде Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу ықтималдығын және оның басталуынан болуы мүмкін залалдардың мөлшерін айқындау үшін елеулі маңызы бар, өзіне белгілі барлық мән-жайлар туралы хабарлауға;

11.3.3. Шарттың қолданылу кезеңінде Сақтандырушыға жазбаша хабарлама жіберу арқылы сақтандыру тәуекелінің жай-күйі туралы Сақтандырушыны хабардар етуге міндетті. Сақтандырушыдан Шартқа өзгерістер енгізу және (немесе) сақтандыру тәуекелінің ұлғаюына байланысты қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеу қажеттігі туралы хабарлама алған кезде хабарлама алынған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қосымша келісім жасасу және (немесе) қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеу үшін қажетті іс-шараларды жүзеге асыруға;

11.3.4. Сақтандырушыны Сақтандырылушылар тізімінен шығарылғаны туралы осындай шешім қабылданған сәттен бастап 2 (екі) жұмыс күні ішінде хабардар етуге;

11.3.5. Сақтандырушыға / медициналық ассистансқа Шартқа сәйкес Сақтандырушыға/медициналық ассистансқа төленуге жататын берешектердің сақтандырылған сомаларын талап етуде жәрдем көрсетуге;

11.3.6. Сақтандырылушыларға оларға Сақтандырушы бағыттаған ақпараттарды бере отырып, Сақтандырушыға көмектесуге;

11.3.7. Сақтандырушылардың Шарттың талаптарын орындауы мақсатында Сақтандырылушыларды сақтандыру талаптарымен, Шарт бойынша олардың құқықтары және міндеттерімен таныстыруға;

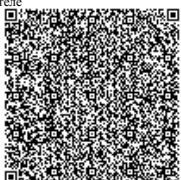
11.3.8. вакцинация немесе профилактикалық тексеру жүргізудің жоспарланған күніне дейінгі 15 (он бес) жұмыс күні бұрын Сақтандырушыны/ медициналық ассистансты Сақтандырылушылардың тізімін бірге тіркеп, жазбаша хабардар етуге;

11.3.9. Сақтандырушыға Шартты жасасу үшін қажетті, Сақтандырылушыға қатысты шынайы ақпаратты толық көлемінде беруге;

11.3.10. осы полисте көзделген сақтандырылған тұлғалардың төменде көрсетілген келісімдерінің болуын қамтамасыз ету:

11.3.10.1. сәйкестендіру/аутентификация/рұқсат ету үшін қажетті ақпаратты (соның ішінде, бірақ олармен шектелмей) қамтуы мүмкін: тегі, аты, әкесінің аты (жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілген жағдайда), азаматтығы, жеке басын куәландыратын құжаттың деректемелері, жеке сәйкестендіру нөмірі, күні мен орны. туған жері, тұрғылықты жері, заңды мекенжайы, телефон нөмірі, электрондық пошта мекенжайы, сурет, дауыс жазбасы;

11.3.10.2. сақтандыру шарты бойынша медициналық қызметкердің құпиясын құрайтын мәліметтерді (медициналық көмекке жүгіну фактісі, денсаулық жағдайы, диагноз, тексеру нәтижелері және т.б.) беруге. Сақтанушы сақтандырушыдан жоғарыда көрсетілген келісімдерді беру туралы сұрау салуды алған кезде оларды сақтандырушыға дереу беруге міндеттенеді.





11.4. Сақтанушы міндетті:

11.4.1. дәрігерлерге, медициналық ұйымдарға және басқа уәкілетті тұлғаларға Сақтандырушыға оның сұранысы бойынша сақтандыру жағдайының себептерін тексеру үшін қажетті құжаттарды (анықтама, қорытынды және т.б.) беру уәкілеттігін беруге;

11.4.2. Шартта көзделген медициналық көмекке (көрсетілетін қызметке) медициналық ассистанс тізімінен медициналық ұйымға жүгінгенге дейін медициналық ассистанспен байланысуға және медициналық көрсетілетін қызметтерді алу кезіндегі одан арғы іс-қимылдар туралы ақпарат алуға, дәрігердің, медициналық ассистанс үйлестірушісінің, тексеруші және емдеуші дәрігерлердің нұсқауларын ұстануға;

11.4.3. Сақтандырушы (Сақтанушыға) егер ол өзгерістер сақтандыру тәуекелінің артуына әсер етуі мүмкін болса, Шартты жасасу кезінде Сақтандырушыға мәлімделген жағдайлардағы оған мәлім болған өзгерістер туралы кідіріссіз хабарлауға;

11.4.4. медициналық қызмет алған кезде сақтандыру карточкасын және Сақтандырылушының жеке басын куәландыратын құжатты ұсынуға;

11.4.5. медициналық қызметтерді алу кезінде оны алу фактісін (жолдама/рецепт/тапсырыс-наряд бланкісінде/сигналдық парақта өз қолымен растауға), немесе мобильді қосымшада QR кодын немесе SMS арқылы;

11.4.6. медициналық ұйымдардың дәрігерлерін сақтандыру жағдайына қатысты бөлігінде сақтандырушы алдындағы медициналық қызметкердің құпиялық/құпия міндеттерінен босату туралы келісім беруге;

11.4.7. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайына байланысты барлық мән-жайларды анықтау үшін қажетті сақтандыру жағдайына қатысы бар медициналық және басқа құжаттарды қоса алғанда, барлық ақпаратты беруге;

11.4.8. негізсіз шақыру жағдайында (жалған шақыру, сақтандырылушының шақыру орнында болмауы, сақтандырылмаған адамға шақыру, алкогольдік, есірткілік уытқұмарлық масаң күйдегі сақтандырылған адамға еңбекке жарамсыздық парағын негізсіз ашу үшін, тасымалдаудың негізсіз медициналық айғақтарымен және т. б.), Сақтандырылушы Сақтандырушы шеккен шығыстарды толық мөлшерде өтеуге міндетті;

11.4.9. медициналық ассистанс тізімінен тыс медициналық ұйымға шұғыл емдеуге жатқызу кезінде 24 (жиырма төрт) сағаттан кешіктірмей Сақтандырушыға/медициналық ассистансқа сақтандыру жағдайының басталғаны туралы кез келген қолжетімді тәсілмен хабарлауға;

11.4.10. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес пациенттің міндеттерін сақтау және орындауға;

11.4.11. кәсіби медициналық немесе фармацевтикалық қызметті жүзеге асыруға кедергі келтіруге, медицина қызметкерлеріне және (немесе) фармацевтика қызметкерлеріне өздерінің лауазымдық міндеттерін атқару кезінде былапыт сөздер айтудан, әдепсіз ымдау (белгілер) мен заттарды көрсетуден, оның ішінде бұқаралық ақпарат құралдарын немесе телекоммуникация желілерін пайдалана отырып көрсетуден, әдепсіз мінез-құлықтан, қорлайтын іс-әрекеттерден көрініс табуға жол бермеуге;

11.4.12. Шартта және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген өзге де міндеттерді орындауға міндетті.

11.5. Сақтанушының құқығы бар:

11.5.1. Сақтандырушыдан сақтандыру шарттарын, шарт бойынша медициналық қызмет көрсету тәртібін түсіндіруді талап етуге;

11.5.2. Шарттың талаптарына және таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес медициналық қызметтерді ұйымдастыруды және оған ақы төлеуді талап етуге;

11.5.3. алынған медициналық қызметтер бойынша шығыстар сомасы туралы ақпарат алуға құқылы.

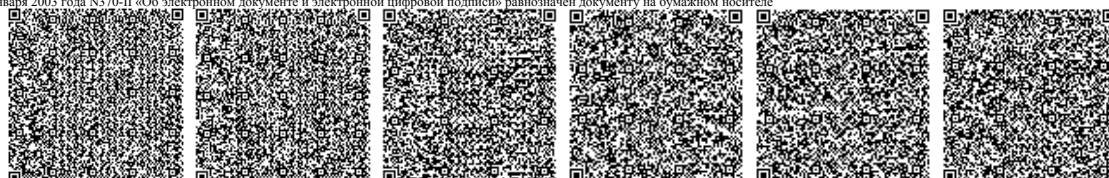
11.6. Сақтандырушы құқылы:

11.6.1. меншікті қаражаты есебінен Сақтандырушы тағайындаған дәрігерлердің Сақтандырылушыны медициналық тексеруден өткізуін ұйымдастыруға;

11.6.2. тиісті мемлекеттік органдардан және медициналық ұйымдардан олардың құзіретінен шыға отырып, Сақтандырылушы денсаулығының жай-күйі туралы ақпараттар сұратуға;

11.6.3. Сақтанушыдан және Сақтандырылушыдан алынған ақпаратты, сондай-ақ Сақтанушының (Сақтандырылушының) Шарттың талаптары мен ережелерін орындауын тексеруге;

11.6.4. Сақтанушыдан сақтандыру тәуекелінің артуына әкеп соқтыратын жағдайлар туралы хабарлама (мәліметтер) алған кезде Сақтанушыға тиісті хабарлама жіберу арқылы Шарттың талаптарын өзгерту және (немесе) сақтандыру тәуекелінің артуына мөлшерлес қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге;





11.6.5. сақтандыру жағдайының басталу жағдайлары мен себептерін тексеруге;

11.6.6. Сақтандырылушының сырқаттану тарихы және басқа кез келген мәліметтерді Сақтандырылушыға медициналық қызметтер көрсетуші медициналық ұйымдардан сұратуға; сақтандыру жағдайының басталу фактісі бойынша сұраныстарды медициналық ұйымдарға және басқа ұйымдарға жөнелтуге;

11.6.7. осы Шартта қарастырылған жағдайларда сақтандыру қорғауының қолданысын бұғаттауға;

11.6.8. егер Сақтанушының Шартты жасасу кезінде сол Сақтандырушы және оның денсаулығының жай-күйі туралы қасақана жалған мәліметтер хабарлағаны анықталса, Сақтандырылушыға қатысты сақтандыру төлемінен бас тартуға және (немесе) Шартты бұзуға;

11.6.9. Сақтандырылушыға ол Шартқа сәйкес медициналық қызметтерді алуға құқылы медициналық ұйымда көрсетілген медициналық қызметтердің көлемін, мерзімін бақылауға құқылы.

11.6.10. Сақтанушы осы Шарттың 11.4.11-тармағын бұзған жағдайда, Сақтанушыны ауыстыру және сақтандыру сыйлықақысын қайтару мүмкіндігінсіз Сақтанушылардың тізімінен шығарылады.

11.7. Сақтандырушы міндетті:

11.7.1. Сақтанушыны сақтандыру талаптарымен және Сақтандыру ережесімен таныстыруға және оның талабы бойынша оның көшірмесін ұсынуға (жөнелтуге);

11.7.2. сақтандыру жағдайы басталған кезде Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру төлемін төлеуге;

11.7.3. сақтандыру құпиясын сақтауға;

11.7.4. Сақтанушы/Сақтандырылушы сұратқан кезде сақтандыру сомалар лимитінің қалдығы туралы және қабылданған медициналық қызметтер бойынша шығындар сомасы туралы ақпараттар беруге;

11.7.5. Сақтанушы (Сақтандырылушы, Пайда алушы) сақтандыру төлемін алу үшін қажетті барлық құжаттарды тапсырмаған жағдайда, Шартта қарастырылған құжаттарды алған күннен бастап 15 (он бес) жұмыс күні ішінде Сақтанушыға (Сақтандырылушыға, Пайда алушыға) сақтандыру төлемін алу үшін жетіспейтін құжаттар туралы хабарлауға міндетті.

12. Шартты тоқтату талаптары

12.1. Шарт мына жағдайларда мерзімінен бұрын тоқтатылады:

12.1.1. Шарттың қолданылу мерзімі аяқталған кезде;

12.1.2. Шарт мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда.

12.2. Сақтанушы шарттан кез келген уақытта бас тартуға құқылы. Сақтанушы - жеке тұлға ол жасалған күннен бастап күнтізбелік 14 (он төрт) күн ішінде Шарттан бас тартқан жағдайларды қоспағанда, бұл жағдайда Сақтандырушы Сақтанушы - жеке тұлғаға алынған (алған) сақтандыру сыйлықақысының (сақтандыру жарналарының) оның ішінде сақтандыру қолданылған уақытқа бара-бар бір бөлігін және Шартты бұзумен байланысты 10% мөлшерінде шығындарды шегере отырып, алынған (алған) сақтандыру сыйлықақысын (сақтандыру жарналарын) кері қайтаруға міндетті.

12.3. Сақтанушы Шартты Сақтандырушының жазбаша хабарламасымен бұза алады және сақтандырушыға Шарттың тоқтатылғаны туралы хабарлама жіберілген күннен бастап күнтізбелік 30 (отыз) күн өткен соң өз қолданысын тоқтатады.

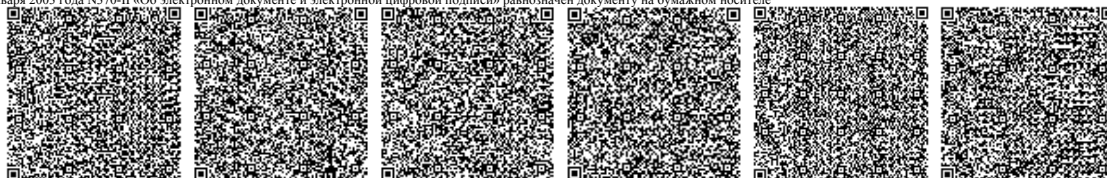
12.4. Шарт мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда Сақтандырушы төленген сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігін табельге (Шарттың 10.2-тармағы) сәйкес Шарт бойынша сақтандыру сыйлықақысының толық сомасынан және Сақтандырушы жүзеге асырған шарт бойынша сақтандыру төлемдерінің сомасынан 25% мөлшеріндегі әкімшілік шығыстарды шегеріп, қайтарады.

12.5. Егер Шарттың 12.4-тармағына сәйкес жүргізілген есеп бойынша шегерімдер сомасы төленген сақтандыру сыйлықақысының мөлшерінен асатын болса, мұндай асып кету мөлшері Сақтанушыға өтелуге жатпайды.

12.6. Шарттың мерзімінен бұрын тоқтатылуы Сақтандырушының кінәсінен оның талаптарының орындалмауынан туындаған жағдайларда, соңғысы Сақтанушыға өзі төлеген сақтандыру сыйлықақысын не сақтандыру жарналарын толық қайтаруға міндетті.

12.7. Шартты мерзімінен бұрын тоқтату Сақтанушының кінәсінен оның талаптарын орындамаудан туындаған жағдайларда, Сақтандырушы Сақтанушыға сақтандыру сыйлықақысын (сақтандыру жарналарын) қайтармайды.

12.8. Шарт жарамсыз деп танылған кезде Сақтандырушы Сақтанушыдан алған сақтандыру сыйлықақысын (сақтандыру жарналарын), ал Сақтанушы (Пайда алушы) – Сақтандырушыға өзі жүргізген сақтандыру төлемдерін қайтаруға міндетті, жүргізілген сақтандыру төлемдерін қайтару есебі Шарттың жарамсыздығы туралы шешім қабылданғаннан кейін күнтізбелік 30 (отыз) күннен ерте жүргізілмейді.





12.9. Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген міндеттемелерді тоқтатудың жалпы негіздерінен басқа, шарт:

12.9.1. сақтандыру объектісі болған кезде;

12.9.2. сақтандыру жағдайының басталу мүмкіндігі жойылғанда және сақтандыру тәуекелінің болуы сақтандыру жағдайынан өзге мән-жайлар бойынша тоқтатылғанда;

12.9.3. Сақтандырушыны мәжбүрлеп тарату туралы сот шешімі заңды күшіне енген кезде;

12.9.4. уәкілетті органның Сақтандырушыны ерікті түрде таратуға рұқсат беру туралы шешімі күшіне енгенде;

12.9.5. Тараптардың бірінің бастамасы бойынша немесе Тараптардың өзара келісімі бойынша тоқтатылады.

12.10. Шарттың 12.9 тармағы 12.9.1.–12.9.4.-тармақшаларында көрсетілген жағдайларда, Шартты тоқтату үшін негіз ретінде көзделген мән-жайлар туындаған кезден бастап Шарт тоқтатылды деп есептеледі, бұл туралы мүдделі Тарап дереу екіншісін хабардар етуге тиіс.

12.11. 12.9 тармақтың 12.9.5-тармақшасында көрсетілген негіздер бойынша Шарт мерзімінен бұрын тоқтатылған кезде, Шарт тоқтатылған болып есептеледі:

12.11.1. Тараптар Шартты тоқтату туралы келісімге қол қойған күннен бастап тараптардың келісімі бойынша, бұл ретте тараптардың келісімі бойынша шартты тоқтату ниеті туралы бастамашы Тарап екінші Тарапты шартты тоқтатудың болжамды күніне дейін кемінде күнтізбелік 30 (отыз) күн бұрын хабардар етуге міндетті. Тараптардың келісімі бойынша шарт күнтізбелік 30 (отыз) күн өткенге дейін бұзылуы мүмкін.

12.11.2. Тараптардың бірінің бастамасы бойынша екінші Тарап Шарттың тоқтатылғаны туралы хабарламаны алған күннен бастап күнтізбелік 30 (отыз) күн өткен соң тоқтатылады. Хабарлама Тарапқа Шартта көрсетілген мекенжай немесе факс бойынша поштамен немесе қолма-қол жіберіледі. Хабарлама туралы растауды алу талап етілмейді, хабарлама тиісті түрде жеткізілген және жөнелтуші жіберген күннен бастап күнтізбелік 7 (жеті) күн ішінде адресат алған болып есептеледі.

13. Сақтанушының орналасқан жерінің (тұратын жерінің) өзгеруі

13.1. Сақтандырушы Сақтанушыға Шартта көрсетілген орналасқан жері немесе тұратын жері бойынша хабарлама жібереді.

13.2. Сақтанушы орналасқан жері өзгерген кезде 10 (он) күндік мерзім ішінде Сақтандырушыға жаңа мекенжайын хабарлауы керек. Олай болмаған жағдайда Сақтанушының бұрынғы орналасқан жері (тұратын жері) бойынша жіберілген кез келген жазбаша хабарламалар, хаттар мен басқа құжаттар орындалған (қолданыста) болып саналады.

13.3. Егер Сақтанушының орналасқан жері (тұратын жері) Қазақстан Республикасынан тыс жерде болса, онда Сақтанушы Сақтандырушыға Қазақстан Республикасында Сақтанушыға хат-хабарларды жеткізу үшін жауапты тұлғаны көрсетуге міндетті.

13.4. Кез келген хабарлама оның жөнелтілгенін растауға мүмкіндік беретін тәсілмен жөнелтілуі тиіс.

14. Шет елге шығушы тұлғаларды ерікті сақтандыру

14.1. Қазақстан Республикасының шет елге шығатын тұлғаларды ерікті сақтандыру шарты (бұдан әрі – ШШС полисі) Сақтандырылушыны сақтандыру бағдарламасында өтеудің осы санаты болған кезде ресімделеді.

14.2. ШШС полисін ресімдеу үшін Сақтандырылушы Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша тиісті өтініш-сауалнаманы толтырып, болжамды сапар күніне дейін 3 (үш) тәулік бұрын оны және Сақтандырушыға паспорттың көшірмесін ұсынуы тиіс.

14.3. Сақтандырушы Сақтандырылушының қол қойылған сауалнама-өтінішін алған күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде ШШС полисін ресімдейді.

14.4. Сақтандырушы Сақтандырылушыға сервистік компанияның тәулік бойы жұмыс істейтін телефондары көрсетілген ШШС полисін беруге міндетті, ол бойынша Сақтандырылушы уақытша болатын елде сақтандыру жағдайы басталған кезде өтініш жасауы тиіс, сондай-ақ шет елге шығатын адамдарды ерікті сақтандырудың өзге де шарттары тиіс.

14.5. Шет елге шыққан Сақтандырылушыларға қызмет көрсету шарттары мен тәртібі ШШС полисімен айқындалады.

15. Дауларды шешу тәртібі

15.1. Шарттан немесе оған байланысты туындайтын кез келген даулар және/немесе келіспеушіліктер келіссөздер арқылы шешіледі. Тараптар уағдаластыққа қол жеткізбеген жағдайда, даулар және/немесе келіспеушіліктер Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес Сақтанушының Астана қаласындағы орналасқан жері бойынша сот тәртібімен реттелуге жатады.

16. Санкциялық ескерту





16.1. Тараптар осы Шартты Сақтанушының кепілдіктері негізінде жасайды және Сақтанушы өз бизнесін қатаң сәйкестікте және экономикалық санкциялар туралы заңнаманы бұзбай жүргізді және жалғастырады деп адал сенеді және осы Келісім жасалған күні Сақтанушы АҚШ Қаржы министрлігінің шетелдік активтерді бақылау басқармасы (Office of Foreign Assets Control of U.S.) Department of the Treasury) немесе АҚШ Үкіметінің, Біріккен Ұлттар Ұйымының, Ұлыбританияның, Еуропалық Одақтың немесе Еуропалық Одаққа мүше кез келген мемлекеттің кез келген басқа органы, департаменті немесе агенттігі басқаратын кез келген экономикалық немесе қаржылық санкциялар туралы заңнаманы сақтауға және сақтауға бағытталған саясаттар мен рәсімдерді енгізді және қолдайды. Сақтанушы төмендегілерге кепілдік береді және оларды қамтамасыз етуге міндеттенеді: (a) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да, барлық акционерлер де, Сақтанушының кез келген акционерлері де санкцияланған тұлғалар болып табылмайды және Еуропалық Одақтың және (немесе) Ұлыбританияның санкциялар тізіміне және (немесе) Sdn Санкциялар тізіміне (specially Designated Nationals and Blocked Persons List – арнайы бөлінген тізім capta (Foreign financial Institutions subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions – корреспонденттік шот ашуға немесе жүргізуге тыйым салынған немесе бір немесе бірнеше қатаң шарттарға бағынатын шетелдік қаржы институттарының тізімі), NS-MBS (non – Sdn Menu-Based Sanctions List-SDN-ге негізделмеген Санкциялар тізімі), АҚШ Қаржы министрлігінің шетелдік активтерді бақылау басқармасы басқарады (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury), сондай-ақ аумақтан тыс әрекеті бар кез келген басқа Санкциялар тізімге енгізілмейді; (b) шартты жасасу және (немесе) Сақтанушының оны орындауы осы тармақтың (a) тармақшасында көрсетілген санкцияларды бұзуға әкеп соқпайды; (c) Сақтанушы шарт бойынша тиісті міндеттемені орындауға міндетті болған күні және осы Шартқа сәйкес оның нақты орындалған күніне дейін – Сақтанушының шоттары, оның ішінде осы Шарт бойынша төлемдер жасау үшін пайдаланылатын меншікті және корреспонденттік шоттар өздеріне қатысты активтерді қатыру режимі қолданылатын ЕО қаржылық санкцияларының объектілері болып табылатын тұлғалардың, топтардың және ұйымдардың жиынтық тізбесіне енгізілмеген банктерде немесе қаржы мекемелерінде болады (Consolidated List of persons, groups and entities subject, under EU Sanctions, to an assetfreeze and the prohibition to make funds and economic resources available to them), және (немесе) Ұлыбританиядағы қаржылық санкцияларды жүзеге асыру жөніндегі Басқарманың қаржылық санкциялар объектілерінің жиынтық тізімі (Consolidated List of financial Sanction TARGETS of the Office of financial Sanctions Implementations in the UK) және (немесе) Sdn (special Designated Nationals and Blocked) тізімдерінде persons list – арнайы бөлінген азаматтар мен бұғатталған адамдардың тізімі), CAPTA (Foreign financial Institutions subject to Correspondent Accountor Payable – Through Account Sanctions тізімі – корреспонденттік шот ашуға немесе жүргізуге тыйым салынған немесе бір немесе бірнеше қатаң шарттарға бағынатын шетелдік қаржы институттарының тізімі), NS-MBS (non – Sdn Menu-Based Sanctions List-SDN-ге негізделмеген Санкциялар тізімі), АҚШ Қаржы министрлігінің шетелдік активтерді бақылау басқармасы басқарады (Office of Foreign Assets control of U.S. Department of the Treasury); (d) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да, (немесе) акционерлері де экономикалық санкциялармен тыйым салынған немесе оларға қатысты мұндай мәмілелер кез келген адамның экономикалық санкцияларын бұзады немесе санкциялық тұлғалардың пайдасын пайдаланады немесе түсіндіреді деп негізді түрде болжауға болатын кез келген адаммен немесе ұйыммен қандай да бір мәмілелерге немесе мәмілелерге қатыспайды және болашақта қатыспайды; және (e) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да, (немесе) акционерлері де санкцияланған немесе осындай тұлғалардың игілігі үшін (кез келген жылжымайтын мүлікті қоса алғанда) не санкциялық аумақтағы тұлғалармен кез келген келісімді, мәмілені, уағдаластықтарды немесе қатынастарды қаржыландырмайды немесе болашақта қаржыландырмайды немесе жеңілдетпейді; немесе (f) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да, (немесе) акционерлері де экономикалық санкциялардың бұзылуына немесе экономикалық санкциялардың немесе кез келген үшінші тұлғалардың бұзылуына ықпал етпеуге тиіс; (g) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да және (немесе) акционерлері де санкциялық аумақта орналаспаса немесе экономикалық санкциялардың бұзылуына әкеп соғуы мүмкін болса, экономикалық санкциялар қолданылатын мемлекеттің аумағы деп түсінілетін санкциялық аумақта орналаспайды; (h) Сақтанушы да, оның аффилирленген тұлғалары да, (немесе) акционерлері де экономикалық санкцияларға байланысты бұғатталған немесе тыйым салынған мүлікке қатыспайды немесе оның үлесі немесе мүддесі жоқ, егер мұндай бұғаттау немесе қамауға алу экономикалық санкциялардың бұзылуына әкеп соқтырса немесе әкелуі мүмкін болса; (i) Сақтанушы атынан осы Шартқа қол қоятын тұлға(лар) Еуропалық Одақтың және (немесе) Ұлыбританияның санкциялық тізіміне және (немесе) Sdn (specially Designated Nationals and Blocked persons List – арнайы бөлінген азаматтар мен бұғатталған адамдардың тізімі), CAPTA (list of Foreign Financial Institutions subject to Correspondent Accountor Payable-Through Account Sanctions – корреспонденттік шот ашуға немесе жүргізуге тыйым салынған немесе бір немесе бірнеше қатаң шарттарға бағынатын шетелдік қаржы институттарының тізімі), NS-MBS (non – Sdn Menu-Based Sanctions List-SDN-ге негізделмеген Санкциялар тізімі), АҚШ Қаржы министрлігінің шетелдік активтерді бақылау басқармасы басқарады (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury), сондай-ақ аумақтан тыс әрекеті бар кез келген басқа Санкциялар тізіміне енгізілмеген.

16.2. Егер Сақтанушының қандай да бір кепілдігі жалған, анық емес және (немесе) дәл болмаса, Сақтанушы екінші Тарапқа Сақтанушының осындай кепілдігінің дәйексіздігі немесе дәл связистігіне байланысты туындаған тікелей және (немесе) жанама залалдарды екінші Тараптың талабын алған күннен бастап 10 (он) жұмыс күнінен кешіктірмей өтеуге міндетті. Бұл ретте сақтандырушы осы Шартты біржақты тәртіппен бұзуға құқылы.

16.3. Егер шарт жасалған күннен кейін қандай да бір жаңа санкциялық акт қабылданса немесе қандай да бір қолданыстағы санкциялық актіге өзгерістер енгізілсе немесе тиісті юрисдикцияның құзыретті мемлекеттік органының ресми түсіндірмесіне немесе шешіміне байланысты қолданыстағы санкциялық актінің («жаңа санкциялар») қолданылу аясы кеңейсе немесе өзгеше түрде өзгерсе және осындай жаңа санкциялар: (a) ақылға қонымды және негізделген қорытынды бойынша Тараптар екінші Тараптың осы Шарт бойынша өз міндеттемелерін орындауын мүмкін етпеуі немесе айтарлықтай қиындатуы мүмкін; және (немесе) (b) мұндай Тараптың қаржыландыру көздеріне және (немесе) Тарап үшін тікелей және (немесе) жанама шығындарға (олардың ақылға қонымды қорытындысы бойынша) ұзақ уақыт қол жеткізе алмауына әкелді немесе әкелуі мүмкін; және (немесе) (c) бұзушылыққа немесе өнімді жеткізуді/қызмет көрсетуді тоқтатуға әкелуі мүмкін; (d) қандай да бір Тараптың елеулі кредиттік шарттарында қамтылған, оларды сақтау жаңа санкциялармен мүмкін емес немесе айтарлықтай кедергі келтіретін қандай да бір Тараптың міндеттемелерін (ковенанттарын) бұзуға әкеп соғады; және (немесе) (e) осындай Тараптың кредиттік рейтингінің төмендеуіне әкеп соқтырды немесе тиісті рейтингтік агенттік жазбаша нысанда растаған мұндай төмендеу ықтималдығы бар (бірге – «жаңа санкциялардың салдары»), мұндай Тарап бұл туралы екінші Тарапты осы Тараптың





қабылданған сәттен бастап 7 (жеті) жұмыс күндері ішінде ресми растайтын құжаттарды және осы санкциялардың оған әсері туралы қоса бере отырып, дереу жазбаша хабардар етуге міндеттенеді. (Осы тармақта көзделген әрбір хабарлама бұдан әрі "Санкциялар туралы хабарлама" деп аталады).

16.4. Санкциялар туралы хабарлама ұсынылған күннен бастап 7 (жеті) жұмыс күндерінен кеш емес Тараптар осы Шарт бойынша тараптардың өз міндеттемелерін орындауына жаңа санкциялардың ықтимал әсеріне қатысты өз ұстанымдарын адал талқылау және келісу үшін, сондай-ақ осы Шарт бойынша ықтимал заңды және ақылға қонымды шаралар туралы кездесу(лар)/келіссөздер өткізеді, осы Шартқа өзгерістер енгізуді, тиісті юрисдикцияның құзыретті мемлекеттік органынан рұқсаттар/лицензиялар алуды ("адал келіссөздер") қоса алғанда, жаңа санкциялардың осындай теріс әсерін болғызбауға немесе ықтимал төмендетуге жол бермейді.

16.5. Тараптар жүргізілген адал келіссөздердің нәтижелері бойынша өзара қолайлы шешімге қол жеткізген кезде Тараптар өздері келіскен шараларды іске асыру үшін ақылға қонымды күш-жігер жұмсайды жаңа санкциялардың бұзылуын немесе оларды Тараптардың орындауына қолдануды болдырмауға мүмкіндік беретін шаралар 7 (жеті) жұмыс күндерінде не осы Шарттың тараптары келіскен өзге мерзім ішінде іске асырылуы мүмкін.

16.6. Тараптар адал келіссөздердің бірінші күні өткізілгеннен 7 (жеті) жұмыс күнінен кейін келісімге қол жеткізбеген кезде, кез келген Тарап кез келген уақытта жаңа санкциялар қолданылатын немесе оларға қатысты жаңа санкциялар туындаған, жаңа санкциялардың салдарына әкеп соққан Тарапқа («тыйым салынған Тарап») қол жеткізбеу туралы хабарлама жіберуге құқылы («келісімге қол жеткізбеу туралы хабарлама»). Келісімге қол жеткізілмегені туралы осындай хабарлама жіберілген жағдайда тарап Шартты біржақты тәртіппен бұзуға және келтірілген тікелей және (немесе) жанама залалдардың орнын толтыруды талап етуге құқылы.

16.7. Тараптар жоғарыда келтірілген ережелерді шектемей, егер осы Шарт бойынша кез келген төлемдерді АҚШ долларымен не теңгемен жүзеге асыру Сақтанушы үшін заңсыз, мүмкін емес немесе Тараптардың өзара келісуі бойынша жаңа санкцияларға Тараптардың ақылға қонымды пікірі бойынша баламалы валютада төлем жасау Тараптарға жаңа санкциялардың салдарын болдырмауға мүмкіндік берген жағдайда 16.8-тармақтың ережелері басымдылықпен қолданылатынына кеіседі және мұндай жағдайда 16.5 және 16.6.- тармақтардың ережелерін қолдануға болмайды.

16.8. Тараптар осымен халықаралық банк жүйесіндегі белгісіздікті назарға ала отырып, егер кез келген сәтте осы Шарт бойынша кез келген төлемдерді АҚШ долларымен не теңгемен жүзеге асыру сақтандырушы үшін заңсыз, мүмкін емес немесе Тараптардың өзара келісуі бойынша өзге де орынсыз болып қалса, Сақтанушы бұл туралы сақтандырушыны хабардар етуге міндеттенетінін растайды және келіседі Тараптар осындай төлем теңгемен жүргізілетін баламалы валютаны («баламалы валюта») жазбаша нысанда бірлесіп келіседі, осындай төлемді алушы Тараптың банктік шотының деректемелері, тараптар келісілген валютада төлемді табысты жүргізу үшін бір-біріне барлық қажетті және ақылға қонымды жәрдем көрсетуге міндеттенеді.

16.9. Егер осы Шартта өзгеше көрсетілмесе, егер осы Шартта төлемдер немесе есеп айырысулар жүргізілуі тиіс қандай да бір сомалар теңгемен немесе өзге валютада көрсетілсе, есептелсе немесе айқындалса (оның ішінде 16.8-тармақ қолданылған жағдайда). Тараптар осындай төлемдерді немесе АҚШ долларымен есеп айырысуларды жүзеге асыру мақсаттары үшін осы сомалар тиісті төлем немесе есеп айырысу күніне (төлем немесе есеп айырысу байланыстырылған күнге немесе егер Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі ақпаратты жарияламаса) Қазақстан Республикасы Ұлттық Банкінің бағамы бойынша АҚШ долларына қайта есептелетініне (өзінің интернет сайтында тиісті валюталардың бағамдары туралы (www.nationalbank.kz), теңге бағамы бойынша, тиісті төлем немесе есеп айырысу күніне (төлем немесе есеп айырысу байланыстырылған күн) келіседі.

16.10. Шарттың жалпы қолданылу мерзіміне қарамастан, Шарттың санкциялық міндеттемелер бөлігінде қолданылуы шартты бұзғаннан, бас тартқаннан, жарамсыз деп танығаннан, қолданылу мерзімі өткеннен немесе тұтастай бұзғаннан кейін толық күшінде қалады.

17. Басқалай талаптар

17.1. Шарт Сақтандырылушыларды алдын ала диагностикалау профилактикалық тексерусіз жасалды.

17.2. Шартта реттелмеген барлық өзге мәселелер бойынша Тараптар Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасын басшылыққа алуға міндеттенеді.

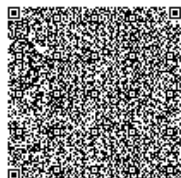
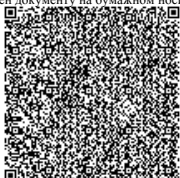
17.3. Сақтандыру жағдайын қасақана жасау, сондай-ақ сақтандыру төлемін заңсыз алуға бағытталған өзге де алаяқтық әрекеттер Қазақстан Республикасының қылмыстық заңнамасына сәйкес жауаптылыққа әкеп соғады.

17.4. Сақтанушы шартқа қол қою арқылы Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасының нормаларын сақтай отырып, Шарт жасалғанға дейін және сол сәтте ұсынылған дербес деректерді өңдеуге, пайдалануға және сақтауға өз келісімін береді.

17.5. Шартқа барлық қосымшалар оның ажырамас бөлігі болып табылады.

17.6. Осы Шарт қазақ және орыс тілдерінде әрбір тарап үшін бір-бірден 2 (екі) бірдей данада жасалды, олардың әрқайсысының бірдей заңды күші бар. Қазақ және орыс тілдеріндегі мәтіндерде алшақтық болған жағдайда Шарт мәтінінің орыс тіліндегі нұсқасы басым күшке ие болады.

18. Тараптардың заңды мекенжайлары және банк деректемелері





Құжат «Самұрық-Қазына» ҰАҚ» АҚ электронды порталымен құрылған
Документ сформирован порталом электронных закупок АО «ФНБ «Самрук-Казына»

"KMG Green Energy" Жауапкершілігі шектеулі серіктестік
Астана қ., "Есіл" ауданы, Қабанбай батыр даңғылы, 17
ғимарат
БСН 120140008111
БСК HSBKKZKX
ЖСК KZ526010111000197764
АО "Народный Банк Казахстана"
Тел.: +7 (701) 933-5334

БСН _____
БСК _____
ЖСК _____

Тел.: _____



Осы құжат «Электрондық құжат және электрондық цифрлық қолтаңба туралы» Қазақстан Республикасының 2003 жылғы 7 қаңтардағы N 370-ІІ Заңы 7 бабының 1 тармағына сәйкес қағаз тасығыштағы құжатпен бірдей
Данный документ согласно пункту 1 статьи 7 ЗРК от 7 января 2003 года N370-ІІ «Об электронном документе и электронной цифровой подписи» равнозначен документу на бумажном носителе

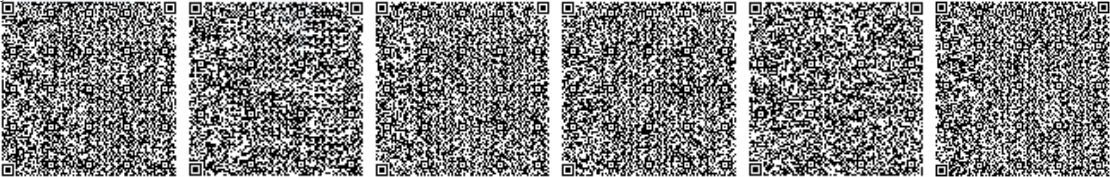




Шарттың №1
қосымшасы

Сатып алынатын тауарлардың, жұмыстардың және қызметтердің тізбесі

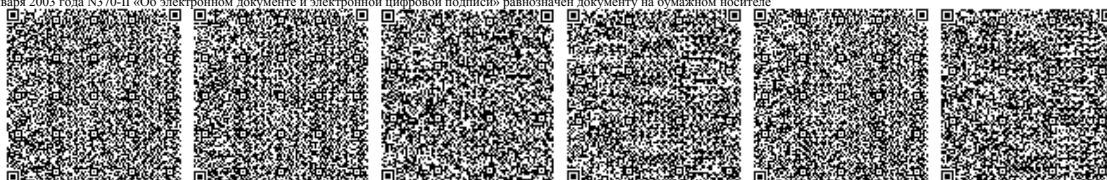
жолдың РБ №	Аталуы және қысқа сипаттамасы	Қосымша сипаттама	Жалпы саны	Саны	Өлшем бірлігі	ҚР ҚҚС белгісі	Сомасы	Жеткізу орны	Жеткізу шарттары	Жеткізу мерзімі	Төлем шарттары
7-2 У	Ауырған жағдайда медициналық сақтандыру бойынша қызметтер, Сырқаттану жағдайы туындаған кездегі медициналық сақтандыру бойынша қызметтер	Жұмыскерлер ауырған жағдайда ерікті медициналық сақтандыру	1.000	1.000	-		4 000 000	ҚАЗАҚСТАН, Астана қ.	-	Шартқа қол қойылған күннен бастап 365 күнтiзбелiк күнi	Алдын ала төлем - 70%, Аралық төлем - 30%, Соңғы төлем - 0%





Техникалық сипаттама

Баға ұсынысына сұранымы құжаттамасының пакетінің құрамындағы техникалық сипаттамаға сәйкес.





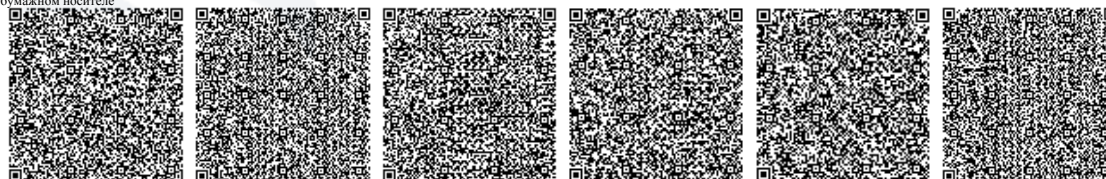
Қызметтерді көрсету/жұмыстарды орындау жөнінде шартта елішілік құндылық үлесін болжамды/нақты есептеу

жылғы №

№ p/c	Жеткізуші*	ТЖҚ БНА коды *	Сатып алынған тауарлардың аталуы және қысқа сипаттамасы	МӨБЖ сәйкес өлшем бірліктердің коды	Сатып алу көлемі		СТ-KZ сертификаты						Тауардың шыққан елінің коды	Тауарда елішілік құндылықты , теңгемен	Шартта елішілік құндылықты , %
					5-бабы бойынша өлшем бірлігінде	ақшалай мәнде	№	Серия	Берген органның коды	Берілген жылы	Берілген күні	Елішілік құндылық үлесі			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 (7*13/100%)	16 (Σ15/Σ7*100%)
														0,00	x
						0,00								0,00	0,00%

Ескерту:

- Шарт бойынша контрагент немесе оның жеткізушілері бола алатын тауардың Жеткізушісін көрсету қажет.
- Бірыңғай номенклатуралық анықтамалығы бойынша тауардың коды (ТЖҚ БНА). Келесі мекенжайы бойынша қолжетімді: <http://www.enstru.skz.kz/>
- СТ-KZ сертификатының нөмірі. Мысал: 01214.
- СТ-KZ сертификатының сериясы.
- СТ-KZ сертификатын берген органның коды. Мысал: 650.
- СТ-KZ сертификатының берілген жылы. Мысал: егер 2017 жыл, 7 саны көрсетіледі.
- СТ-KZ сертификатының берілген күні. Мысал: 09.06.2017.
- СТ-KZ сертификатында көрсетілген тауарда елішілік құндылық үлесі (%). Сертификат жоқ болса, 0 тең
- Елдердің жіктеуішіне сәйкес тауардың шыққан елінің коды.





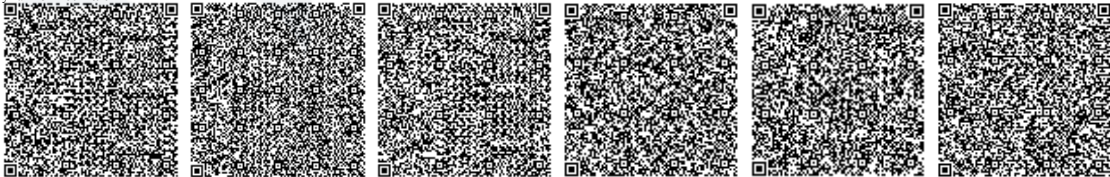
Келісім-шарт шеңберінде көрсетілген қызметтер/орындалған жұмыстар

р/б №	Орындаушы/ Қосалқы мердігер	Шарттың нөмірі	Шарттың бағасы	Шарт аясында Орындаушымен немесе қосалқы мердігермен сатып алынған тауарлардың жиынтық сомасы	Шартты орындау аясында жасалынатын/жасалған қосалқы мердігерлік шарттардың жиынтық сомасы	Шартты орындайтын/орындаған жеткізушінің немесе қосалқы мердігердің жұмысшыларының жалпы еңбекақы қорында қазақстандық кадрларының еңбекақы қорының үлесі	Шартта (ақшалай тұлғада) елішілік құндылық үлесі
1	2	3	4	5(1-ші кестеден)	6	7	8(=(4-5-6)*7)
							0,00
							0,00

Келісім-шарттағы елішілік құндылықты қорытынды есебі

р/б №	Орындаушы	Келісім-шарт	Шарттың күні	Шарт валютасы	Жұмыстарды (қызметтерді) сатып алу жөнінде шарттың жалпы бағасы	Шартта елішілік құндылықты, %
1	2	3	4	5	6	7 (= $\sum 15$ (кесте 1)+ $\sum 8$ (кесте 2)/6*100%)
						100

Ескерту:
елішілік құндылық үлесі ұйымдармен Инвестициялар және даму министрінің 20.04.2018 ж. №260 бұйрығымен бекітілген Бірыңғай есептеу әдістемесіне сәйкес есептеледі.





Договор о закупке услуг № _____

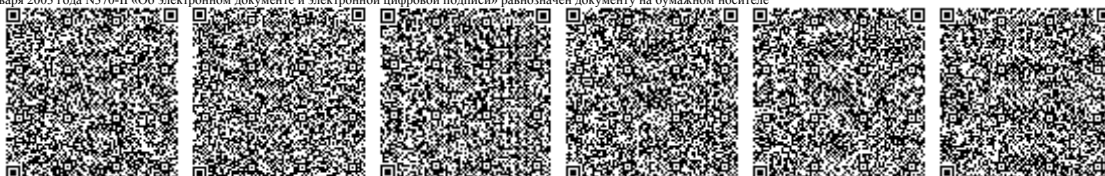
г. _____

«__» _____ 2025 г.

Товарищество с ограниченной ответственностью "KMG Green Energy", именуемое в дальнейшем Заказчик, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности как указано выше «Сторона», в соответствии с Порядком осуществления закупок акционерного общества «Фонд национального благосостояния «Самрук-Қазына» и организаций пятьдесят и более процентов голосующих акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Қазына» на праве собственности или доверительного управления, утвержденным решением Совета директоров АО «Самрук-Қазына» (№193 от «03» марта 2022 года) (далее – Порядок), и на основании _____, заключили настоящий договор о закупках услуги (далее – Договор) и пришли к соглашению о нижеследующем.

1. Определения и термины

- 1.1. Административные расходы - расходы Страховщика по ведению и сопровождению Договора.
- 1.2. Врач – врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации.
- 1.3. Врач семейный (врач общей практики (ВОП)/терапевт/педиатр) – врач Медицинского ассистанса, осуществляющий организацию предоставления и оказание Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором.
- 1.4. Тайна медицинского работника – персональные медицинские данные, информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья лица, его диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении.
- 1.5. Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты.
- 1.6. Дистанционные медицинские услуги – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными и (или) их законными представителями, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий.
- 1.7. Заболевание – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.
- 1.8. Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование, указанное в Приложении №4 к Договору.
 - 1.8.1. Основной Застрахованный – физическое лицо, являющееся работником Страхователя – юридического лица или являющееся Страхователем.
 - 1.8.2. Застрахованные члены семьи – прямые родственники основного Застрахованного (родители, супруг (-а) до 75 лет и/или дети от 1 года до 21 лет), если иное не оговорено программой страхования).
- 1.9. Инструментальные исследования – диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопии, и т.п.).
- 1.10. Категория списания – перечень исходных медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в программе страхования, с возможным указанием лимита (амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология и т.д.).
- 1.11. Клинический протокол – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента.
- 1.12. Лабораторные исследования – диагностические анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении заболевания;
- 1.13. Лимит ответственности – страховая сумма по отдельной категории списания, устанавливаемая программой страхования.
- 1.14. Медикаменты – лекарственные средства. Лекарственное средство – средство, представляющее собой или содержащее вещество либо комбинацию веществ, вступающее в контакт с организмом человека, предназначенное для лечения, профилактики заболеваний человека или восстановления, коррекции или изменения его физиологических функций посредством фармакологического, иммунологического либо метаболического воздействия, или для диагностики заболеваний и состояния человека.
- 1.15. Медицинский ассистанс – юридическое лицо – представитель Страховщика, которое на основании договора со Страховщиком, осуществляет услуги круглосуточной информационной поддержки Застрахованного по выбранной программе страхования, организации, предоставлению и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованным лицам и предусмотренных Договором.





1.16. Медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную направленность по отношению к конкретному человеку. Медицинские услуги оказываются исключительно на территории Республики Казахстан медицинскими организациями, являющимися участниками медицинской сети, а также иными медицинскими организациями при согласовании с Медицинским ассистансом/Страховщиком и по направлению семейного врача.

1.17. Медицинские организации – юридические лица, являющиеся согласно законодательству Республики Казахстан организациями здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные центры медицины, клиники научно-исследовательских институтов, частные медицинские организации и другие). Специализированная медицинская организация, которая предоставляет Застрахованному медицинские услуги, имеющее лицензию на право осуществления соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Медицинский ассистанс) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

1.18. Направление врача или врача-координатора – документ установленного образца, выдаваемый врачом Медицинского ассистанса, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.

1.19. Покрываемые расходы – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в рамках программы страхования, Договора.

1.20. Программа страхования – перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора, подлежат компенсации Страховщиком (Приложение №2 к Договору).

1.21. Срок действия страховой защиты – период времени, в течение которого Страховщик (Медицинский ассистанс) несет свои обязательства в соответствии с Договором.

1.22. Репатриация – перевозка тела (останков) в ближайший порт в стране проживания.

1.23. Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы (лимита ответственности) при наступлении страхового случая.

1.24. Хирургическая операция по экстренным показаниям – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, проведенная Застрахованному в течение 1-х суток после его поступления в приемный покой медицинской организации.

1.25. Хирургическая операция по медицинским показаниям – операция, необходимость и дата проведения которой была заранее определена врачом из списка Медицинского ассистанса и которая была проведена в медицинской организации из списка Медицинского ассистанса.

1.26. Экстренные показания – это внезапное ухудшение здоровья Застрахованного, вызванное непредвидимым заболеванием Застрахованного и требующее экстренной медицинской помощи.

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

1.28. Участники медицинской сети – список медицинских организаций, врачей и аптек, которые заключили с Медицинским ассистансом специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов Застрахованным. Список участников медицинской сети по Договору указан в Приложении №5 к Договору.

2. Предмет Договора

2.1. По Договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать оказание Застрахованным медицинских услуг Медицинским ассистансом и участниками медицинской сети путем оплаты расходов по полученным Застрахованным медицинским услугам, в соответствии с выбранной программой страхования и условиями Договора.

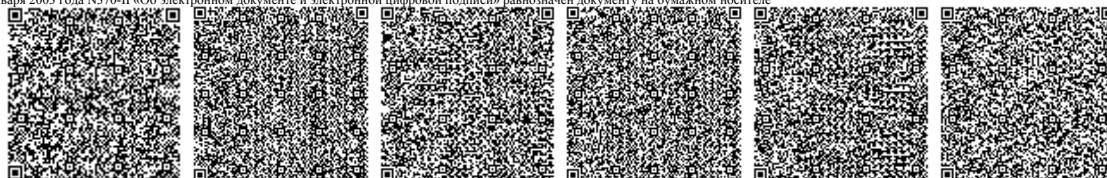
3. Ограничения страхования

3.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 (одного) года до 75 (семидесяти пяти) лет, если иное не оговорено в программе страхования (Приложение №2 к Договору).

3.2. К одному основному Застрахованному может быть прикреплено не более 3 (трех) членов семьи, если иное не оговорено в программе страхования (Приложение №2 к Договору).

3.3. Не подлежат страхованию лица, которые:

3.3.1. являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства (лицам, имеющим инвалидность III группы, не покрываются расходы на лечение заболевания, повлекшего данную инвалидность, его осложнений и последствий, а также любые состояния находящихся в прямой причинно-следственной связи с данным заболеванием);





3.3.2. госпитализированы на дату заключения Договора по любому заболеванию;

3.3.3. состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом, онкологическом, кожно-венерологическом диспансерах, болеющие СПИД-ом или туберкулезом, за исключением случаев прямо предусмотренных Договором;

3.3.4. имеют на дату заключения Договора, следующие заболевания:

3.3.4.1. заболевания, входящие в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный уполномоченным государственным органом в том числе психические заболевания, злокачественные новообразования, онкогематологические заболевания, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, бруцеллез, малярия, лепра, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, вирусные гепатиты;

3.3.4.2. эпилепсия, а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, 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 (болезнь Вильсона-Коновалова), фенилкетонурия, демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич; муковисцидоз; врожденный ихтиоз, инфекционный менингит;

3.3.4.3. профессиональные заболевания;

3.3.4.4. радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;

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

3.3.4.6. заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;

3.3.4.7. заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипопитарный нанизм;

3.3.4.8. ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматические пороки сердца с недостаточностью кровообращения II-III (3, 4 стадии по NYHA); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты;

3.3.4.9. заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени (хроническая болезнь почек III – V стадии);

3.3.4.10. заболевания дыхательной системы: бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких первичная, буллезная эмфизема, диффузные пневмофиброзы (фиброзирующие альвеолиты) и гранулематозы, саркоидоз легких, пневмоконоз;

3.3.4.11. наследственные заболевания.

3.4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 3.3. Договора на дату заключения Договора, Договор, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.

3.5. Если заболевания, указанные в пункте 3.3. Договора, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия страховой защиты по Договору, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 3.3. Договора, Страховщиком не покрываются.

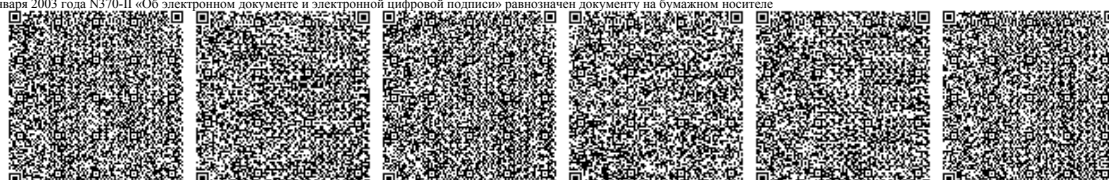
4. Страховая премия

4.1. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной программой страхования и составляет _____ (_____) тенге.

4.2. Размер страховой премии на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной программой страхования и составляет _____ (_____) тенге.

4.3. Размер общей суммы страховой премии по Договору указан в приложении №9 Договора.

4.4. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии





определяется в соответствии с разделом 11 Договора и оформляется дополнительным соглашением сторон.

4.5. Порядок оплаты страховой премии определяется в приложении №8 Договора.

4.6. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии с пунктом 4.1 и с разделом 10 Договора и оформляется дополнительным соглашением Сторон, и оплачивается единовременно в срок, установленный дополнительным соглашением.

4.7. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в сроки, оговоренные условиями Договора (дополнительном соглашении), Страховщик имеет право:

4.7.1. расторгнуть Договор в одностороннем порядке, с даты неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса);

4.7.2. отказать в осуществлении страховой выплаты, если событие, имеющие признаки страхового случая наступило до уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), внесение которой просрочено.

5. Страховая сумма (лимит ответственности)

5.1. 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.

5.2. Страховые суммы (лимит ответственности) по каждой категории списания устанавливаются программой страхования и указываются отдельно.

5.3. Страховая сумма (лимит ответственности) 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 (лимит ответственности) по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.

5.4. Размер общей страховой суммы по Договору указан в приложении №9 Договора.

5.5. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 (двенадцати) месяцев, лимиты ответственности по отдельным категориям списания пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с табелем начисления страховой премии и определения страховой суммы (далее – Табель) (приложение №8 Договора).

6. Истечение и перерасход страховой суммы (лимита ответственности)

6.1. Истечение и перерасход страховой суммы (лимита ответственности) по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной категории.

6.2. Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается.

6.3. Истечение страховой суммы (лимита ответственности) по одной из категорий списания не влечет за собой прекращения действия Договора.

6.4. Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы (лимита ответственности), предусмотренной программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Медицинскому ассистансу Застрахованным (Страхователем).

6.5. В случае возникновения такого превышения, Медицинский 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 страховой защиты, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (данное условие распространяется как на основного Застрахованного, так и на застрахованных членов семьи).

6.6. Застрахованный, по программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения уведомления оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу Медицинского ассистанса наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет Медицинского ассистанса. В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным) задолженности в указанный период, Страховщик/Медицинский ассистанс полностью блокирует действие страховой защиты, с последующим снятием со страхования по истечении 30 (тридцати) календарных дней. Возврат страховой премии по данному Застрахованному, а также по застрахованным членам семьи, не производится.

6.7. В случае если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Договором, программой 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 Медицинскому ассистансу. В этом случае





Медицинский ассистанс уведомляет Застрахованного о возникшей задолженности и одновременно блокирует действие страховой защиты, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты за полученные медицинские услуги (данное условие распространяется как на основного Застрахованного, так и на застрахованных членов семьи). Застрахованный обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения уведомления оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

7. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

7.1. Для получения медицинских услуг, Застрахованный должен обратиться в Медицинский ассистанс и следовать его указаниям.

7.2. При каждом обращении к работнику Медицинского ассистанса Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий его личность. Получение медицинских услуг в участниках медицинской сети возможно лишь при наличии документа, удостоверяющего личность и направления работника Медицинского ассистанса за исключением экстренных случаев, указанных в пункте 7.12. Договора, и стоматологических услуг.

7.3. Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Медицинским ассистансом или по решению/направлению Медицинского ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список участников медицинской сети. Услуги семейного врача оказываются исключительно Медицинским ассистансом.

7.4. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного в соответствии с Клиническим протоколом, утвержденным/рекомендованным Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

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

7.5.1. не являются необходимыми и достаточными для лечения заболевания;

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

7.6. Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям направлены на немедленное купирование экстренного состояния, которое не требует круглосуточного врачебного контроля и пребывания Застрахованного в стационаре; включают прием семейного врача, срочные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках выбранной программы страхования), лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки и купирования экстренного состояния.

7.7. Стационарное лечение по экстренным показаниям показано при внезапном ухудшении состояния здоровья Застрахованного, требующем непрерывного врачебного контроля и круглосуточного пребывания в стационаре; при этом медицинская помощь должна быть оказана немедленно, т.е. в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний, вплоть до летального исхода.

7.7.1. Экстренными показаниями для оказания медицинской помощи являются:

7.7.1.1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца и т.д.);

7.7.1.2. острые травмы (переломы, ушибы и т.д.);

7.7.1.3. гипертермия выше 38°C;

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

7.7.1.5. острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса, и т.д.);

7.7.1.6. гипертонические кризы;

7.7.1.7. бессознательное состояние;

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

7.7.1.9. ожоги и обморожения;

7.7.1.10. отравления;

7.7.1.11. судороги;

7.7.1.12. острые хирургические состояния;

7.7.1.13. острая почечная недостаточность;





- 7.7.1.14. острая печеночная недостаточность;
- 7.7.1.15. острая церебральная недостаточность;
- 7.7.1.16. острая дыхательная недостаточность;
- 7.7.1.17. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- 7.7.1.18. острый инфаркт миокарда;
- 7.7.1.19. нестабильная стенокардия;
- 7.7.1.20. шок любой этиологии.

7.8. Амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям – медицинские мероприятия, направленные на лечение возникших патологических состояний в условиях поликлиники, необходимость которых очевидна, при этом не оказание помощи может привести к осложнениям и ухудшению состояния Застрахованного, но на момент обращения состояние не требует оказания неотложной медицинской помощи.

7.9. Стационарное лечение по лечебным (плановым) показаниям – показано при ухудшении состояния здоровья Застрахованного (вследствие впервые возникшего острого заболевания или обострения хронического заболевания), требующего круглосуточного пребывания Застрахованного в стационаре для непрерывного врачебного контроля или проведения сложных лечебно-диагностических процедур, необходимость которого была заранее определена врачом.

7.10. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником Медицинского ассистанса согласно перечню участников медицинской сети, соответствующего выбранной программе страхования.

7.11. 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.

7.12. В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в Медицинский ассистанс, Страхователь, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Медицинский ассистанс о наступлении страхового случая в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.

7.13. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги в медицинских организациях – участниках медицинской сети, включенных в выбранную им программу страхования.

7.14. 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 медицинских организациях – участниках медицинской сети.

7.15. В случаях, указанных в пунктах 7.12. и 7.16. Договора, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет Страховщику документы необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии с пунктом 8.5. Договора.

7.16. При обращении Застрахованного в медицинские организации, не являющиеся участниками сети Страховщик/Медицинский ассистанс не несет ответственности за результаты диагностики и лечения Застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.

7.17. При получении медицинских услуг Застрахованный подтверждает своей подписью (либо с помощью QR-кода или СМС в мобильном приложении) на бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказ-наряде при получении стоматологического лечения, факт оказания ему медицинских услуг.

7.18. Страховщик/Медицинский ассистанс имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя посредством электронного сообщения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения, без подписания дополнительного соглашения к Договору. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика/Медицинского ассистанса изменения в списке участников медицинской сети.

7.19. В случае если на момент исключения медицинской организации из списка участников медицинской сети, Застрахованный продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Медицинский ассистанс оплачивает такие медицинские услуги до завершения лечения по основному заболеванию, послужившему причиной для обращения в данную медицинскую организацию.





7.20. Предоставление услуг вакцинации осуществляется при наличии данной категории покрытия в программе страхования Застрахованного. Выбор вакцины осуществляется специалистами Медицинского ассистанса. Ответственное лицо Страхователя в сроки, установленные Медицинским ассистансом, предоставляет Медицинскому ассистансу в электронном виде заявку с указанием количества вакцинируемых и далее (в период сезонной вакцинации) списки Застрахованных, подлежащих вакцинации. Дата и место проведения вакцинации согласовывается Медицинским ассистансом и Страхователем, в соответствии с условиями программы страхования.

7.21. Порядок действий Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая указываются в Приложении №6 к Договору.

8. Порядок осуществления страховой выплаты

8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю, путем возмещения расходов на медицинские услуги, полученные Застрахованным в соответствии с условиями Договора.

8.2. Решение об осуществлении страховой выплаты либо отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком на основании счета на оплату с указанием общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем медицинским услугам, оказанным Застрахованным согласно программе страхования по Договору, и Акта выполненных работ, полученных от Медицинского ассистанса в порядке и сроки, предусмотренные соответствующим договором о сотрудничестве, заключенном между Страховщиком и Медицинским ассистансом.

8.3. Осуществление страховой выплаты Страховщиком Выгодоприобретателю производится путем перечисления денег на его банковский счет.

8.4. Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая указаны в пункте 8.11. Договора и в Приложении №7 к Договору.

8.5. В случаях, предусмотренных пунктами 7.12. и 7.16. Договора, Страховщик возмещает Застрахованному (Выгодоприобретателю) стоимость медицинских услуг, оплаченных Застрахованным самостоятельно. В этом случае для получения возмещения (страховой выплаты) Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения медицинской услуги Страховщику следующие документы:

8.5.1. копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя);

8.5.2. нотариально засвидетельствованная доверенность на получение возмещения (страховой выплаты), если получателем страховой выплаты является третье лицо;

8.5.3. направление врача – работника Медицинского ассистанса с указанием диагноза и полученных рекомендаций;

8.5.4. заявление на осуществление страховой выплаты;

8.5.5. копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетнего Застрахованного);

8.5.6. банковские реквизиты Застрахованного (Выгодоприобретателя);

8.5.7. документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:

8.5.7.1. по амбулаторно–поликлинической помощи – оригинал счет-фактуры, фискального чека и копию амбулаторной карты, копии результатов лабораторно-инструментального обследования, записей врача с указанием диагноза и рекомендаций проведения указанного обследования;

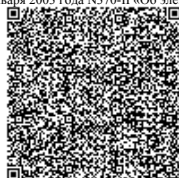
8.5.7.2. по стационарному лечению – оригинал фискального чека, оригинал счет-фактуры медицинской организации с перечнем оказанных услуг и указанием стоимости каждой услуги, копию выписки из истории болезни стационарного больного, копию калькуляционного листа с перечнем оказанных услуг и их стоимости;

8.5.7.3. по стоматологическому лечению – оригинал фискального чека, заказ-наряд, с указанием зубной формулы, клинического диагноза и номера пролеченного/удаленного зуба;

8.5.7.4. по лекарственному обеспечению – оригинал товарного чека, фискального чека, рецепт врача – работника Медицинского ассистанса.

8.6. Согласно Договору любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления (рецепта) врача – работника Медицинского ассистанса, не возмещаются, за исключением расходов по стоматологии, если стоматология предусмотрена программой страхования.

8.7. Любые расходы по стоматологическим услугам, полученным в медицинских организациях, не являющихся участниками медицинской сети, Страховщиком не возмещаются за исключением случаев, когда услуга не могла быть оказана участниками медицинской сети, при условии предоставления Застрахованным документа, обосновывающего необходимость ее получения, либо при условии согласования с Медицинским ассистансом. При этом Страховщик осуществляет страховую выплату в размере не более 70% от





суммы покрываемых расходов.

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

8.9. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Застрахованного (Выгодоприобретателя).

8.10. Страховщик в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения всех документов, указанных в пункте 8.5. Договора, обязан осуществить возмещение стоимости медицинских услуг, предусмотренных пунктами 7.12. и 7.16. Договора (страховую выплату), либо представить мотивированный отказ.

8.11. Основаниями для отказа в осуществлении страховой выплаты/возмещения стоимости медицинских услуг является:

8.11.1. получение Застрахованным медицинских услуг, не предусмотренных Договором и (или) программой страхования;

8.11.2. получение Застрахованным медицинских услуг, не имеющих медицинских показаний;

8.11.3. сообщение Страхователем (Застрахованным) недостоверных сведений о состоянии здоровья Застрахованного на дату заключения Договора;

8.11.4. неуведомление или несвоевременное уведомление о наступлении страхового случая;

8.11.5. если Застрахованный имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившими последствиями, или представил заведомо ложные сведения/документы.

8.12. 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).

9. Порядок изменения Договора

9.1. Внесение изменений и дополнений в Договор производится по обоюдному согласию сторон, на основании письменного заявления (уведомления) одной из Сторон.

9.2. Если какая-либо Сторона не согласна на внесение изменений и дополнений в Договор, в течение 5 (пяти) рабочих дней решается вопрос о продолжении Договора на прежних условиях или о прекращении Договора.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору имеют юридическую силу при условии их оформления путем заключения дополнительных соглашений в письменной форме и подписания уполномоченными представителями Сторон.

10. Дополнительное включение, досрочное исключение и замена Застрахованного

10.1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена основного Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору.

10.2. При дополнительном включении основного Застрахованного в Договор на срок страхования менее 12 (двенадцати) месяцев, страховая премия оплачивается за каждого основного Застрахованного в соответствии с Табелем. Страховая сумма (лимит ответственности) по отдельным категориям списания пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии Приложением №8 к Договору.

10.3. 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 в течение первых 45 (сорока пяти) календарных дней с даты начала действия Договора в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено дополнительным соглашением.

10.4. При необходимости досрочного исключения Застрахованного из списка Застрахованных Страхователь обязан не позднее 2 (двух) рабочих дней со дня принятия решения об исключении уведомить об этом Страховщика посредством электронной почты. Расчет возврата страховой премии производится по истечении 15 (пятнадцати) рабочих дней после даты уведомления.

10.5. Датой исключения Застрахованного из списка Застрахованных считается дата, указанная в дополнительном соглашении, но в любом случае не ранее даты рабочего дня следующего за днем уведомления Страховщика.

10.6. При досрочном исключении основного Застрахованного из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному и членам его семьи страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного основного Застрахованного, в соответствии с Табелем (приложение №8 Договора) за вычетом суммы административных расходов в размере 25% от полной страховой премии. Возврат страховой премии по исключаемым членам семьи не производится.





10.7. При досрочном исключении основного Застрахованного из списка Застрахованных, в случаях, когда по данному Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, возврат страховой премии не производится.

10.8. Страховщик может произвести замену основного Застрахованного только в случае, если по заменяемому Застрахованному и/или его членам семьи (в случае семейного прикрепления) не осуществлялись страховые выплаты. Замена членов семьи основного Застрахованного не производится. Замена основного Застрахованного производится по заявлению Страхователя и оформляется дополнительным соглашением к Договору. Замена основного Застрахованного без оплаты дополнительной страховой премии возможна только 1 (один) раз.

10.9. Страховщик по заявлению Страхователя может произвести замену категории карты Застрахованного на более дорогостоящую в случае, если это предусмотрено программой страхования, замена категории карты на более дешевую не производится. Замена категории карты производится путем заключения дополнительного соглашения к Договору и доплаты разницы в стоимости между оплаченной премией и полной стоимостью новой категории страхования. При этом все расходы Застрахованного по предыдущей категории переносятся на новую карту, при этом номер карты остается неизменным. Замена карты может быть произведена в первые 3 (три) календарных месяца с даты заключения Договора.

11. Права и обязанности сторон

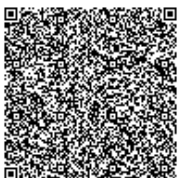
11.1. Правовые взаимоотношения и ответственность сторон начинаются с даты заключения Договора.

11.2. Страхователь вправе:

- 11.2.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
- 11.2.2. вносить изменения и дополнения в список Застрахованных в соответствии с условиями Договора, но не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания действия Договора;
- 11.2.3. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора и выбранной программой страхования;
- 11.2.4. в период действия Договора в соответствии с его условиями производить дополнительное включение и исключение Застрахованных из списка Застрахованных (Приложение №4 к Договору);
- 11.2.5. получать информацию о сумме расходов по полученным Застрахованными медицинским услугам;
- 11.2.6. совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

11.3. Страхователь обязан:

- 11.3.1. оплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, определенные Договором;
- 11.3.2. при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;
- 11.3.3. в период действия Договора информировать Страховщика о состоянии страхового риска, путем направления Страховщику письменного уведомления. При получении от Страховщика уведомления о необходимости внесения изменений в Договор и (или) уплаты дополнительной страховой премии в связи с увеличением страхового риска, в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения уведомления осуществить мероприятия необходимые для заключения дополнительного соглашения и (или) уплаты дополнительной страховой премии;
- 11.3.4. уведомить Страховщика об исключении Застрахованного из списка Застрахованных в течение 2 (двух) рабочих дней с момента принятия такого решения;
- 11.3.5. оказывать содействие Страховщику/Медицинскому ассистансу в истребовании с Застрахованных сумм задолженностей, подлежащих оплате Страховщику/Медицинскому ассистансу в соответствии с Договором;
- 11.3.6. оказывать содействие Страховщику, передавая Застрахованным информацию, адресованную им Страховщиком;
- 11.3.7. ознакомить Застрахованных с условиями страхования, правами и обязанностями по Договору с целью соблюдения Застрахованными условий Договора;
- 11.3.8. не позднее, чем за 15 (пятнадцать) рабочих дней до планируемой даты проведения вакцинации или профилактического осмотра письменно уведомить Страховщика/Медицинский ассистанс с приложением списка Застрахованных;
- 11.3.9. предоставить Страховщику достоверную и полную информацию, касающуюся Застрахованного и его состояния здоровья, необходимую для заключения Договора;
- 11.3.10. обеспечить наличие нижеуказанных согласий Застрахованных лиц:





11.3.10.1. на сбор, обработку, передачу и хранение персональных данных в целях исполнения Договора страхования, которые могут содержать (включая, но не ограничиваясь) сведения, необходимые для идентификации/аутентификации/авторизации: фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, индивидуальный идентификационный номер, дата и место рождения, место жительства, юридический адрес, номер телефона, адрес электронной почты, изображение, запись голоса;

11.3.10.2. на предоставление сведений, составляющих тайну медицинского работника (факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, результатов обследования и др) в рамках Договора страхования. Страхователь при получении запроса от Страховщика о предоставлении вышеуказанных согласий обязуется незамедлительно предоставить их Страховщику.

11.4. Застрахованный обязан:

11.4.1. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.);

11.4.2. до обращения в медицинскую организацию из списка Медицинского ассистанса за медицинской помощью (услугой), предусмотренной Договором, связаться с Медицинским ассистансом и получить информацию о дальнейших действиях, при получении медицинских услуг, следовать указаниям врача, координатора Медицинского ассистанса, обследующих и лечащих врачей;

11.4.3. в период действия Договора незамедлительно сообщить Страховщику (Страхователю) о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

11.4.4. при получении медицинской услуги в соответствии с Договором предъявлять документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

11.4.5. подтвердить получение медицинских услуг в участниках медицинской сети своей подписью на бумажном носителе (на бланке направления/рецепта/заказ-наряда/сигнальном листе), либо с помощью QR-кода или СМС в мобильном приложении;

11.4.6. дать согласие об освобождении врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности/тайны медицинского работника перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;

11.4.7. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

11.4.8. в случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического токсикоманического опьянения, для необоснованного открытия больничного листа, необоснованной медицинскими показаниями транспортировки и т.д.), Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком в полном размере;

11.4.9. при экстренной госпитализации в медицинскую организацию не из списка Медицинского ассистанса не позднее 24 (двадцати четырех) часов сообщить Страховщику/Медицинскому ассистансу о наступлении страхового случая любым доступным способом;

11.4.10. соблюдать и выполнять обязанности пациента в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

11.4.11. не допускать воспрепятствования осуществлению профессиональной медицинской или фармацевтической деятельности, проявления неуважения к медицинским работникам и (или) фармацевтическим работникам при исполнении ими своих должностных обязанностей, выраженное в нецензурной брани, демонстрации неприличных жестов (знаков) и предметов, в том числе с использованием средств массовой информации или сетей телекоммуникации, непристойном поведении, оскорбительном приставании;

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

11.5. Застрахованный имеет право:

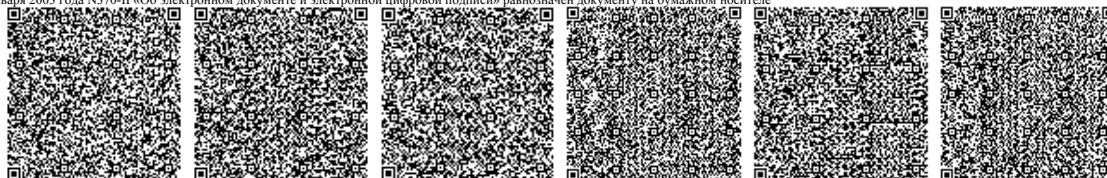
11.5.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг по Договору;

11.5.2. требовать организации и оплаты медицинских услуг в соответствии с условиями Договора и выбранной программой страхования;

11.5.3. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам.

11.6. Страховщик вправе:

11.6.1. проводить за собственный счет медицинское обследование Застрахованного врачами, назначенными Страховщиком;





- 11.6.2. запрашивать у соответствующих государственных органов и медицинских организаций, исходя из их компетенции, информацию о состоянии здоровья Застрахованного;
- 11.6.3. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;
- 11.6.4. при получении от Страхователя уведомления (сведений) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий Договора и(или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, путем направления соответствующего уведомления Страхователю;
- 11.6.5. проверять обстоятельства и причины наступления страхового случая;
- 11.6.6. потребовать предоставления истории болезни и любых других медицинских сведений о Застрахованном в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги; направлять запросы в медицинские организации и иные организации по факту наступления страхового случая;
- 11.6.7. заблокировать действие страховой защиты в случаях, предусмотренных Договором;
- 11.6.8. отказать в осуществлении страховой выплаты и (или) потребовать исключения из Договора определенного Застрахованного в случае, если обнаружится, что Страхователь при заключении Договора сообщил заведомо недостоверные сведения о данном Застрахованном и состоянии его здоровья;
- 11.6.9. контролировать объем, сроки оказания Застрахованному медицинских услуг в медицинской организации, в которой Застрахованный в соответствии с Договором имеет право получать медицинские услуги;
- 11.6.10. исключить из списка Застрахованных, в случае нарушения Застрахованным пункта 11.4.11 настоящего Договора, без возможности замены Застрахованного и возврата страховой премии.

11.7. Страховщик обязан:

- 11.7.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и Правилами страхования и по его требованию предоставить (направить) копию Правил страхования;
- 11.7.2. при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, порядке и сроки, предусмотренные Договором;
- 11.7.3. обеспечить тайну страхования;
- 11.7.4. при обращении Страхователя/Застрахованного предоставить информацию об остатке лимитов страховых сумм и о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 11.7.5. в случае непредставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения документов, предусмотренных Договором, уведомить Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты.

12. Условия прекращения Договора

12.1. Договор считается прекращенным в случаях:

- 12.1.1. истечения срока действия Договора;
- 12.1.2. досрочного прекращения Договора.

12.2. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время. При отказе Страхователя от Договора страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев отказа Страхователя-физического лица от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, в этом случае Страховщик обязан возратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора, в размере 10% от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

12.3. 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.

12.4. При досрочном прекращении Договора Страховщик осуществляет возврат части оплаченной страховой премии в соответствии с Табелем (пункт 10.2. Договора), за вычетом суммы административных расходов в размере 25% от полной страховой премии по Договору и суммы осуществленных Страховщиком страховых выплат по Договору.





12.5. Если суммы вычетов по расчету, произведенному согласно пункту 12.4. Договора, превышают размер оплаченной страховой премии, размер такого превышения не подлежит возмещению Страхователю.

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

12.7. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением его условий по вине Страхователя, то страховая премия (страховые взносы) Страхователю Страховщиком не возвращаются.

12.8. При признании Договора недействительным, Страховщик обязан вернуть Страхователю полученную от него страховую премию (страховые взносы), а Страхователь (Выгодоприобретатель) – вернуть Страховщику произведенные им страховые выплаты, расчет возврата произведенных страховых выплат производится не ранее чем через 30 (тридцать) календарных дней после принятия решения о недействительности Договора.

12.9. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, Договор прекращается досрочно в случаях:

12.9.1. когда перестал существовать объект страхования;

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

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

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

12.9.5. по инициативе одной из Сторон или по обоюдному согласию Сторон.

12.10. В указанных в подпунктах 12.9.1. – 12.9.4. пункта 12.9. Договора случаях, Договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения Договора, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

12.11. При досрочном прекращении Договора по основаниям, указанным в подпункте 12.9.5. пункта 12.9. Договора, Договор считается прекращенным:

12.11.1. по соглашению Сторон с даты подписания Сторонами соглашения о прекращении Договора, при этом, о намерении прекращения Договора по соглашению Сторон иницирующая Сторона обязана уведомить другую Сторону не менее чем за 30 (тридцати) календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора. По соглашению Сторон Договор может быть расторгнут до истечения 30 (тридцати) календарных дней.

12.11.2. по инициативе одной из Сторон по истечении 30 (тридцати) календарных дней с даты получения уведомления о прекращении Договора другой Стороной. Уведомление направляется Стороне почтой или нарочно по адресу или по факсу, указанным в Договоре. Получения подтверждения об уведомлении не требуется, уведомление считается доставленным надлежащим образом и полученным адресатом в течение 7 (семь) календарных дней с даты отправки отправителем.

13. Изменение адреса местонахождения (местожительства) Страхователя

13.1. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или местожительству, указанному в Договоре.

13.2. При изменении адреса местонахождения (местожительства) Страхователь обязан в десятидневный срок сообщить новый адрес Страховщику. В противном случае любые письменные уведомления, письма и другие документы, направленные по адресу предыдущего местонахождения (местожительства) Страхователя, будут считаться выполненными (действительными).

13.3. Если адрес местонахождения (местожительства) Страхователя находится за пределами Республики Казахстан, то Страхователь обязан указать Страховщику уполномоченное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю.

13.4. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку.

14. Добровольное страхования лиц, выезжающих за рубеж

14.1. Договор добровольного страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан (далее – Полис ВЗР), оформляется при наличии данной категории покрытия в программе страхования Застрахованного.

14.2. Для оформления Полиса ВЗР Застрахованный должен заполнить соответствующее заявление-анкету по установленной Страховщиком форме и предоставить его и копию паспорта Страховщику за 3 (трое) суток до даты предполагаемой поездки.

14.3. Страховщик оформляет Полис ВЗР в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения подписанного заявления-анкеты





Застрахованного.

14.4. Страховщик обязан выдать Застрахованному Полис ВЗР, в котором указаны круглосуточные телефоны сервисной компании, по которым Застрахованному следует обратиться при наступлении страхового случая в стране временного пребывания, а также иные условия добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж.

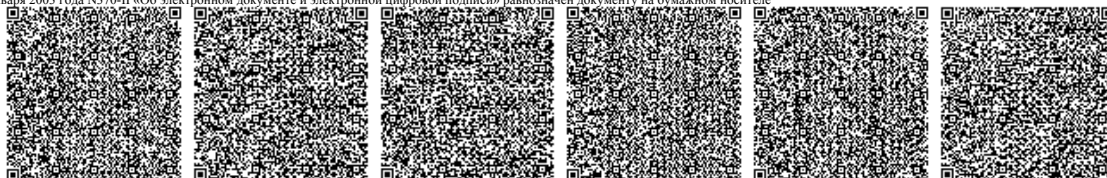
14.5. Условия и порядок обслуживания Застрахованных, выехавших за рубеж, определяются Полисом ВЗР.

15. Порядок разрешения споров

15.1. Любые споры и/или разногласия, возникающие из Договора или в связи с ним, разрешаются посредством переговоров. В случае недостижения договоренности Сторонами, споры и/или разногласия подлежат урегулированию в судебном порядке по месту нахождения Страхователя в городе Астана в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

16. Санкционная оговорка

16.1. Стороны заключают настоящий Договор на основании гарантий Страхователя и добросовестно полагая, что Страхователь вел, ведет и будет продолжать вести свой бизнес в строгом соответствии и без нарушений законодательства об Экономических санкциях и, на дату настоящего Соглашения Страхователь имплементировал и поддерживает политики и процедуры направленные на соблюдение и побуждение к соблюдению законодательства об Экономических санкциях под которыми понимаются любые экономические или финансовые санкции администрируемые Управлением по контролю над иностранными активами Министерства финансов США (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury), либо любым иным органом, департаментом или агентством правительства США, Организации Объединенных Наций, Великобритании, Европейского союза или любого государства-члена Европейского союза. Страхователь гарантирует и обязуется обеспечить, что: (а) ни Страхователь, ни его аффилированные лица, ни все акционеры или любой из акционеров Страхователя не являются лицами находящимися под санкциями и не включены в санкционный список Европейского союза, и (или) Великобритании, и (или) в санкционных списках SDN (Specially Designated Nationals and Blocked Persons List – список специально выделенных граждан и блокированных лиц), CAPTA (List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions – список иностранных финансовых институтов, для которых открытие или ведение корреспондентского счета или счета со сквозной оплатой запрещено или подчиняется одному или нескольким строгим условиям), NS-MBS (Non-SDN Menu-Based Sanctions List – список санкций, не основанный на SDN), администрируемый Управлением по контролю над иностранными активами Министерства финансов США (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury), а также любой иной санкционный список, имеющий экстерриториальное действие; (b) заключение Договора и (или) его исполнение Страхователем не влечет нарушения санкций, указанных в подпункте (а) настоящего пункта; (c) в день, когда Страхователь обязан исполнить соответствующее обязательство по Договору и до даты его фактического исполнения в соответствии с настоящим Договором – счета Страхователя, в том числе собственные и корреспондентские, используемые для совершения платежей по данному Договору, находятся в банках или финансовых учреждениях, которые не включены в Сводный перечень лиц, групп и организаций, являющихся объектами финансовых санкций ЕС, в отношении которых действует режим заморозки активов (Consolidated List of persons, groups and entities subject, under EU Sanctions, to an asset freeze and the prohibition to make funds and economic resources available to them), и (или) Сводный список объектов финансовых санкций Управления по осуществлению финансовых санкций в Великобритании (Consolidated List of financial sanctions targets of the Office of Financial Sanctions Implementations in the UK), и (или) в списках SDN (Specially Designated Nationals and Blocked Persons List – список специально выделенных граждан и блокированных лиц), CAPTA (List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions – список иностранных финансовых институтов, для которых открытие или ведение корреспондентского счета или счета со сквозной оплатой запрещено или подчиняется одному или нескольким строгим условиям), NS-MBS (Non-SDN Menu-Based Sanctions List – список санкций, не основанный на SDN), администрируемый Управлением по контролю над иностранными активами Министерства финансов США (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury); (d) ни Страхователь, ни его аффилированные лица и (или) акционеры не вовлечены и не будут вовлечены ни в какие сделки или сделку с любым лицом или организацией запрещенные Экономическими санкциями или в отношении которых можно обоснованно предположить, что такие сделки будут нарушать Экономические санкции любым лицом или будут использованы или интерпретированы в пользу Санкционных лиц; или (e) ни Страхователь, ни его аффилированные лица и (или) акционеры не финансируют и не будут финансировать или облегчать любое соглашение, сделку, договоренности или отношения с Лицами, находящимися под санкциями или во благо таких лиц (включая любую недвижимость), либо на Санкционной территории; или (f) ни Страхователь, ни его аффилированные лица и (или) акционеры не должны любым иным образом приводить к нарушению Экономических санкций или способствовать нарушению Экономических санкций или любыми третьими лицами; (g) ни Страхователь, ни его аффилированные лица и (или) акционеры не расположены на Санкционной территории под которой понимается территория государства, на которое распространяются Экономические санкции, если расположение на Санкционной территории приводит или может привести к нарушению Экономических санкций; (h) ни Страхователь, ни его аффилированные лица и (или) акционеры не вовлечены в имущество или не имеют долю или интерес в имуществе, которое заблокировано или на которое наложен арест в связи с Экономическими санкциями, если такая блокировка или арест приводит или может привести к нарушению Экономических санкций; (i) лицо(а), подписывающее(ие) настоящий Договор от имени Страхователя, не включены в санкционный список Европейского союза и (или) Великобритании, и (или) в списках SDN (Specially Designated Nationals and Blocked Persons List – список специально выделенных граждан и блокированных лиц), CAPTA (List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions – список иностранных финансовых институтов, для которых открытие или ведение корреспондентского счета или счета со сквозной оплатой запрещено или подчиняется одному или нескольким строгим условиям), NS-MBS (Non-SDN Menu-Based Sanctions List – список санкций, не основанный на SDN), администрируемый Управлением по контролю над иностранными активами Министерства





финансов США (Office of Foreign Assets Control of U.S. Department of the Treasury), а также любой иной санкционный список, имеющий экстерриториальное действие.

16.2. В случае, если какая-либо гарантия Страхователя окажется ложной, недостоверной и (или) неточной, Страхователь обязан возместить другой Стороне прямые и (или) косвенные убытки, возникшие в результате или в связи с недостоверностью или неточностью такой гарантии Страхователя, не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня получения требования другой Стороны. При этом, Страховщик вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке.

16.3. В случае, если после Даты заключения Договора будет принят какой-либо новый Санкционный Акт или будут внесены изменения в какой-либо действующий Санкционный Акт, или в силу официального разъяснения или решения компетентного государственного органа соответствующей юрисдикции расширится или иным образом изменится сфера применения действующего Санкционного Акта («Новые Санкции»), и такие Новые Санкции: а) по разумному и обоснованному заключению Стороны могут сделать невозможным или существенно затруднить исполнение другой Стороной своих обязательств по настоящему Договору; и (или) б) привели или могут привести к невозможности для такой Стороны получить продолжительный доступ к источникам финансирования и (или) прямым и (или) косвенным убыткам для Стороны (по их разумному заключению); и (или) с) повлекли либо могут повлечь нарушение, либо остановку поставок продукции/оказания услуг; d) повлекут нарушения обязательств (ковенантов) какой-либо из Сторон, содержащихся в существенных кредитных договорах какой-либо из Сторон, соблюдение которых невозможно или существенно затруднено Новыми Санкциями; и (или) е) повлекли понижение кредитного рейтинга такой Стороны или существует вероятность такого понижения, подтвержденная в письменной форме соответствующим рейтинговым агентством, (вместе – «Последствия Новых Санкций»), такая Сторона обязуется незамедлительно письменно уведомить об этом другую Сторону в течение 7 (семи) рабочих дней с момента принятия Новых санкций, (каждое уведомление, предусмотренное в настоящем пункте, далее именуется «Уведомление о Санкциях») с приложением официально подтверждающих документов и о влиянии этих санкций на него.

16.4. Не позднее 7 (семи) рабочих дней со дня представления Уведомления о Санкциях, Стороны проведут встречу(и)/переговоры для добросовестного обсуждения и согласования своих позиций в отношении потенциального эффекта Новых Санкций на исполнение Сторонами своих обязательств по настоящему договору, а также о возможных законных и разумных мерах по предотвращению или возможному снижению такого негативного влияния Новых Санкций, включая внесение изменений в настоящий Договор, получение разрешений/лицензий от компетентного государственного органа соответствующей юрисдикции («Добросовестные переговоры»).

16.5. При достижении Сторонами по результатам проведенных Добросовестных переговоров взаимно приемлемого решения, Стороны предпримут разумные усилия для реализации согласованных ими мер в течение 7 (семи) рабочих дней, либо в течение иного согласованного ими срока, могут быть реализованы меры, позволяющие исключить нарушение Новых Санкций или их применение к исполнению Сторонами настоящего Договора.

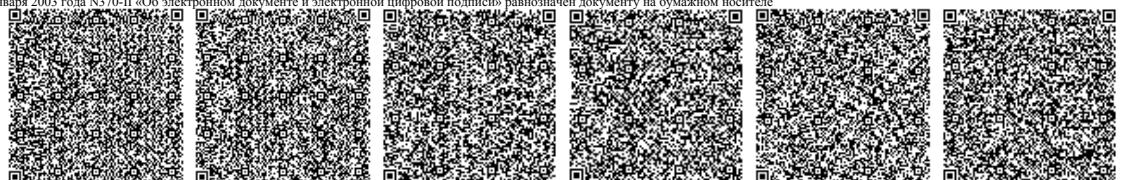
16.6. При недостижении Сторонами согласия по истечении 7 (семи) рабочих дней после проведения первого дня Добросовестных переговоров, любая Сторона имеет право в любое время направить Стороне, к которой применяются или в отношении которой возникли Новые Санкции, приведшие к Последствиям Новых Санкций («Запрещенная Сторона») уведомление о недостижении согласия («Уведомление о недостижении согласия»). В случае направления такого Уведомления о недостижении согласия, Сторона вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке и требовать возмещения понесенных прямых и (или) косвенных убытков.

16.7. Без ограничения вышеприведенных положений, Стороны соглашаются, что в случае, если осуществление любых платежей по настоящему Договору в долларах США, либо в тенге, становится для Страхователя незаконным, невозможным или, по взаимному согласованию Сторон, иным образом нецелесообразным ввиду Новых Санкций, положения пункта 16.8. подлежат применению в приоритетном порядке при условии, что по разумному мнению Сторон совершение платежа в альтернативной валюте позволяет Сторонам избежать Последствий Новых Санкций, и в таком случае, положения пунктов 16.5. и 16.6. не подлежат применению.

16.8. Стороны настоящим подтверждают и соглашаются с тем, что, принимая во внимание неопределенность в международной банковской системе, если в любой момент осуществление любых платежей по настоящему Договору в долларах США, либо в тенге становится для Страховщика незаконным, невозможным или, по взаимному согласованию Сторон, иным образом нецелесообразным, Страхователь обязуется уведомить Страховщика об этом в письменной форме, и Стороны совместно согласовывают в письменной форме альтернативную валюту, в которой будет произведен такой платеж в тенге («Альтернативная валюта»), и реквизиты банковского счета Стороны-получателя такого платежа, Стороны обязуются оказать друг другу все необходимое и разумное содействие для успешного проведения платежа в согласованной валюте.

16.9. Если иное не указано в настоящем Договоре, если какие-либо суммы, содержащиеся в настоящем Договоре, по которым должны производиться платежи или расчеты, указаны, рассчитаны или определены (в том числе в случае применения пункта 16.8. в тенге или в иной валюте, то Стороны соглашаются, что для целей осуществления таких платежей или расчетов в долларах США данные суммы будут пересчитываться в доллары США по курсу Национального Банка Республики Казахстан на дату соответствующего платежа или расчета (даты, к которой привязан платеж или расчет или, если Национальный Банк Республики Казахстан не публикует информацию о курсах соответствующих валют на своем интернет сайте (www.nationalbank.kz), по курсу тенге, на дату соответствующего платежа или расчета (даты, к которой привязан платеж или расчет).

16.10. Независимо от общего срока действия Договора, действие Договора в части санкционных обязательств остаются в полной силе после расторжения, отказа, признания недействительным, истечения срока действия или расторжения Договора в целом.





17. Прочие условия

17.1. Договор заключается без предварительного диагностико-профилактического осмотра Застрахованных.

17.2. По всем иным вопросам, не урегулированным Договором, стороны обязуются руководствоваться действующим законодательством Республики Казахстан.

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

17.4. Подписанием Договора Страхователь дает свое согласие на обработку, использование и хранение персональных данных, представленных до и в момент заключения Договора, с соблюдением норм действующего законодательства Республики Казахстан.

17.5. Все приложения к Договору являются его неотъемлемой частью.

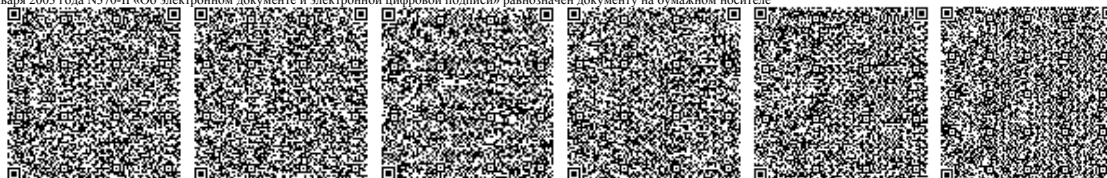
17.6. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) идентичных экземплярах, на казахском и русском языках, по одному для каждой стороны, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу. В случае расхождения в текстах на казахском и русском языках, преимущественную силу будет иметь русский вариант текста Договора.

18. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Товарищество с ограниченной ответственностью "KMG
Green Energy"
г.Астана, район "Есиль", проспект Қабанбай батыр, здание
17
БИН 120140008111
БИК HSBKKZKX
ИИК KZ526010111000197764
АО "Народный Банк Казахстана"
Тел.: +7 (701) 933-5334

БИН _____
БИК _____
ИИК _____

Тел.: _____

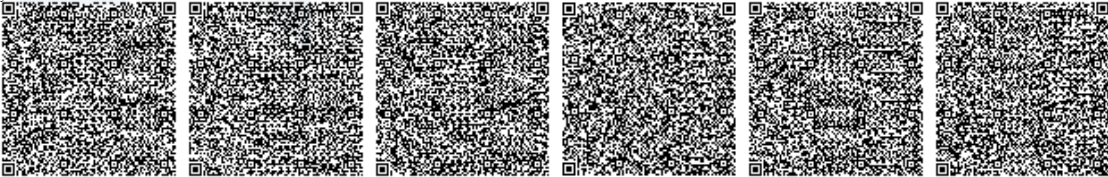




Приложение №1
к Договору

Перечень приобретаемых товаров, работ и услуг

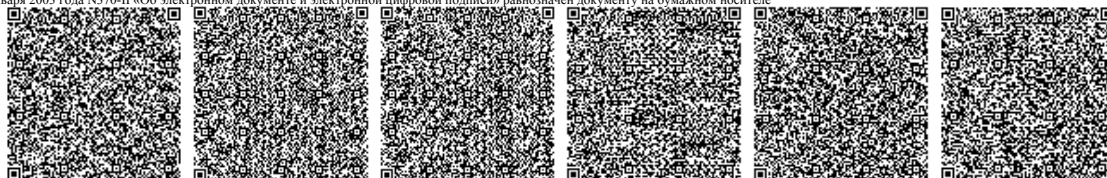
№ строки ПП	Наименование и краткая характеристика	Дополнительная характеристика	Общее к-во	К-во	Ед. изм.	Признак НДС РК	Сумма	Место поставки	Условия поставки	Срок поставки	Условия оплаты
7-2 У	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни, Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни	Добровольное медицинское страхование на случай болезни работников	1.000	1.000	-		4 000 000	КАЗАХСТАН, г.Астана	-	С даты подписания договора в течение 365 календарных дней	Предоплата - 70%, Промежуточный платеж - 30%, Окончательный платеж - 0%





Техническая спецификация

В соответствии с технической спецификацией, размещенной в составе пакета документации запроса ценового предложения.



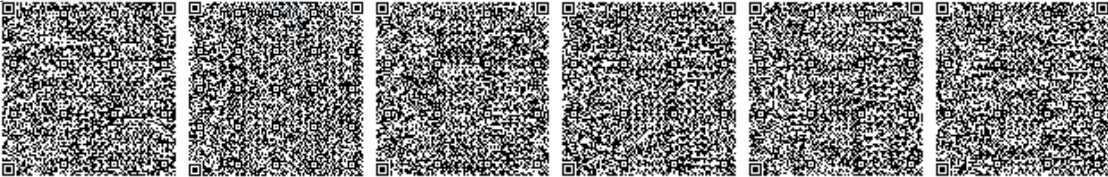


Прогнозный/Фактический расчет доли внутристрановой ценности в договоре на оказание услуг/выполнение работ

№ _____ от _____

№ п/п	Поставщик*	Код ЕНС ТРУ*	Наименование и краткое описание приобретенных товаров	Код единиц измерений в соответствии с МКЕИ	Объем закупки		Сертификат СТ-KZ						Код страны происхождения товара	Внутристрановая ценность в товаре, в тенге	Внутристрановая ценность в договоре, %
					в единице измерения по ст.5	в денежном выражении	№	Серия	Код органа выдачи	Год выдачи	Дата выдачи	Доля внутристрановой ценности			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 (7*13/100%)	16 (Σ15/Σ7*100%)
						0,00								0,00	x
														0,00	0,00%

- Примечание:
- 2. Указывается Поставщик товара, которому может являться как сам Контрагент по договору, так и его поставщики.
 - 3. Код товара по Единому номенклатурному справочнику (ЕНС ТРУ). Доступен по адресу: <http://www.enstru.skz.kz/>
 - 8. Номер сертификата СТ-KZ. Пример: 01214.
 - 9. Серия сертификата СТ-KZ.
 - 10. Код органа выдачи сертификата СТ-KZ. Пример: 650.
 - 11. Год выдачи сертификата СТ-KZ. Пример: если 2017 год, то указывается цифра 7.
 - 12. Дата выдачи сертификата СТ-KZ. Пример: 09.06.2017.
 - 13. Доля внутристрановой ценности (%) в товаре, указанная в сертификате СТ-KZ. В случае отсутствия сертификата равна 0
 - 14. Код страны происхождения товара в соответствии с классификатором стран.





Оказанные услуги/выполненные работы в рамках договора

№ п/п	Исполнитель/ Субподрядчик	Номер договора	Стоимость договора	Суммарная стоимость товаров, закупаемых/закупленных Исполнителем или субподрядчиком в рамках договора	Суммарная стоимость договоров субподряда, заключаемых/заключенных в рамках исполнения договора	Доля фонда оплаты труда казахстанских кадров в общем фонде оплаты труда работников поставщика или субподрядчика, выполняющего/выполнившего договор	Доля внутристрановой ценность в договоре, (в денежном выражении)
1	2	3	4	5(из табл.1)	6	7	8(=(4-5-6)*7)
							0,00
							0,00

Итоговый расчет внутристрановой ценности в договоре

№ п/п	Исполнитель	Договор	Дата договора	Валюта договора	Общая стоимость договора о закупке работ (услуг)	внутристрановая ценность в договоре, %
1	2	3	4	5	6	7 (= $\sum 15(\text{табл.1}) + \sum 8(\text{табл.2}) / 6 * 100\%$)
						100

Примечание:
Доля внутристрановой ценности рассчитывается согласно Единой методики расчета организациями внутристрановой ценности , утвержденной приказом Министра по инвестициям и развитию РК №260 от 20.04.2018 г.

