



Договор о закупке услуг № _____

г. _____

«__» _____ 2021 г.

Акционерное общество "Эйр Астана", именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности как указано выше «Сторона», в соответствии со Стандартом управления закупочной деятельностью 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 (далее – Стандарт), и на основании _____, заключили настоящий договор о закупках услуг (далее – Договор) и пришли к соглашению о нижеследующем.

1. Глоссарий

1.1. Применительно к настоящему Договору страхования Стороны договорились понимать специальные термины в согласованном ниже значении:

1.2. Амбулаторная карта - документ, содержащий сведения о медицинских услугах, оказанных Застрахованным, а также о лекарственных средствах, выписанных работниками медицинских учреждений в период действия Договора страхования.

1.3. Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) - перечень медицинских услуг, оказываемый в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года № 421 Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

1.4. Участники медицинской сети (лечебно-профилактические и медицинские учреждения (ЛПУ и МУ)) – медицинские организации, врачи и аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов Застрахованным.

1.5. Фонд социального медицинского страхования (ФСМС) - некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» создано в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 01 июля 2016 года № 389.

1.6. Центр компетенции Фонда по управлению категориями закупок (ЦК) - структурное подразделение Фонда и (или) дочерняя организация, определяемая Правлением Фонда;

1.7. Амбулаторное лечение - лечение Застрахованных в амбулаторно-поликлиническом режиме в медицинских учреждениях из системы Ассистанса.

1.8. Ассистанс (Медицинская сервисная компания) - юридическое лицо, действующее от имени и по поручению Страховщика в целях предоставления медицинских услуг Застрахованному.

1.9. Международный ассистанс – юридическое лицо, действующее от имени и по поручению Страховщика в целях предоставления медицинских услуг Застрахованному за пределами Республики Казахстан.

1.10. Врач – практикующий медицинский работник, получивший в порядке, установленном законодательством страны, на территории которой оказывается медицинская помощь, соответствующее разрешение (лицензию) на право осуществления медицинской деятельности, и оказывающий медицинские услуги в пределах, указанных в этой лицензии, в соответствии с полученным специальным образованием и квалификацией.

1.11. Выгодоприобретатель - лицо, которое в соответствии с настоящим Договором страхования является получателем страховой выплаты. Применительно к условиям настоящего Договора страхования Выгодоприобретателем является Ассистанс или Страхователь.

1.12. Госпитализация – оказание медицинской помощи Застрахованному в стационарных условиях

1.13. Госпитализация по экстренным показаниям - госпитализация Застрахованного в медицинское учреждение в случае внезапного ухудшения состояния его здоровья. Не исключается пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии, проведения оперативного вмешательства в первые сутки госпитализации.

1.14. Диагностические показания – комплекс мероприятий, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование).

1.15. Договор на оказание медицинских услуг - применительно к настоящему Договору - договор, заключаемый Страховщиком с любой медицинской организацией, определяющий порядок и условия оказания медицинских услуг Застрахованным, а также порядок и условия осуществления страховой выплаты.

1.16. Документы, в соответствии с которыми ведется учет обращений и медицинских расходов Застрахованного – индивидуальная пластиковая карточка, амбулаторная карта, акт выполненных работ, рецептурные бланки, счета.

1.17. Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование.

1.18. Индивидуальная пластиковая карточка – свидетельство, выдаваемое каждому Застрахованному с указанием индивидуального номера, фамилии её владельца, периода начала срока действия, Программы страхования, подтверждающее право Застрахованных на





получение медицинской помощи в медицинских учреждениях, аптеках из системы Ассистанса.

1.19. Компетентные органы – государственные органы, которые, в рамках своей компетенции, уполномочены определять размер вреда, причиненного в результате страхового случая и (или) предпринимать необходимые действия в связи с расследованием наступивших страховых случаев (комиссии МСЭК, больницы, поликлиники, иные медицинские учреждения, где ранее получал медицинскую помощь Застрахованный, органы дознания, следствия, прокурор, пожарная инспекция, МЧС и прочие).

1.20. Лекарственное средство - вещество природного или синтетического происхождения или смесь веществ, используемых для лечения и диагностики Застрахованных, включая перевязочные материалы, шприцы, системы для вливания растворов и переливания крови.

1.21. Лечебные показания – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом.

1.22. Лимиты страховой выплаты – сумма, в пределах которой по Договору страхования осуществляется оплата медицинских расходов Застрахованного в соответствии с Программой страхования.

1.23. Медицинские документы – справка о состоянии здоровья Застрахованного, выписка из истории болезни и амбулаторной карты, лист временной утраты трудоспособности, медицинское лабораторное заключение, подтверждающее тот или иной диагноз.

1.24. Несчастный случай – любое внезапное и непредвиденное, обладающее признаками случайности и вероятности событие, в результате которого Застрахованному причинен вред здоровью. При этом возникновение и развитие такого события не должно и не может зависеть от воли Застрахованного, а причина или одна из причин его наступления носит внешний характер по отношению к организму пострадавшего (внешнее воздействие).

1.25. Острое заболевание – внезапное и непредвиденное расстройство здоровья Застрахованного, вызванное воздействием внешних факторов, включая инфекционное заболевание и острое отравление, а также обострение хронического заболевания Застрахованного в период действия Договора страхования.

1.26. Программа страхования – перечень медицинских услуг предоставляемых Застрахованному медицинскими учреждениями, аптеками в объемах предусмотренных программой страхования.

1.27. Репатриация – мероприятия, связанные с транспортировкой останков Застрахованного лица в страну постоянного проживания или в страну назначения

1.28. Медицинская эвакуация - транспортировка Застрахованного специально оборудованным транспортом в сопровождении врача до ближайшего места, где возможно оказание медицинской помощи.

1.29. Семейный врач – Врач, нанятый Ассистансом и осуществляющий регулирование, процедуры оказания Застрахованным медицинских услуг, установленных настоящим Договором, либо непосредственно оказывающий медицинские услуги Застрахованным.

1.30. Система Ассистанса - врачи и медицинские учреждения, осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующих лицензий и состоящие в договорных отношениях с Ассистансом или принадлежащие последнему, осуществляющие оказание медицинских услуг Застрахованным в рамках Договора страхования.

1.31. Служебная командировка - направление Застрахованного, состоящего в трудовых отношениях со Страхователем, по распоряжению последнего для выполнения трудовых обязанностей вне места постоянной работы.

1.32. Список Застрахованных - список лиц, в отношении которых осуществляется страхование по Договору медицинского страхования (Приложение №1).

1.33. Стационарное лечение - лечение Застрахованных в стационарном режиме с помещением в медицинское учреждение из системы Ассистанса.

«Стационарное лечение по медицинским показаниям» - это лечение Застрахованных в стационарном режиме (госпитализация Застрахованного) в медицинских учреждениях из списка Страховщика, необходимость которой очевидна для врача специалиста (семейного врача, узкого специалиста) после предварительного осмотра и диагностики.

«Стационарное лечение по экстренным показаниям» - лечение Застрахованных в стационарном режиме (госпитализация Застрахованного) в медицинских учреждениях из списка Страховщика в связи с внезапным и непредвиденным заболеванием Застрахованного.

1.34. Узкий врач специалист – (врач, специализирующийся на оказании какой-либо медицинской помощи). Точнее будет так: лицо, имеющее высшее медицинское образование и сертификат по определенной специальности.

1.35. Форма здоровья – анкета, в которой указан перечень вопросов относительно состояния здоровья лица подающего заявление на страхование. На основании данной анкеты Страховщик имеет право изменить страховую премию или отказать в страховании.

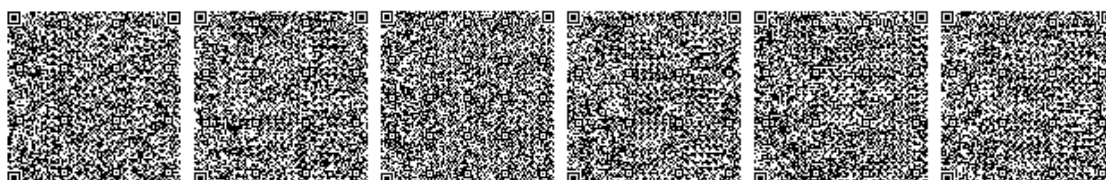
1.36. Категория А – Руководство и управляющий персонал

1.37. Категория В – Офисные сотрудники, инженерно-техническая и наземная службы.

1.38. Категория В+ - сотрудники, назначенные на осуществление трудовой деятельности за пределами Республики Казахстан из Республики Казахстан и члены их семьи, и иностранные сотрудники, работающие за пределами РК и члены их семьи

1.39. Категория С – Пилоты и бортпроводники, а также сотрудники, осуществляющие свою деятельность на земле и в воздухе.

1.40. Члены семьи категории А – для не состоящих в законном браке сотрудников – мать, отец; для сотрудников, состоящих в законном





браке: супруг (супруга), дети Застрахованного работника.

1.41. Члены семьи категории В – для не состоящих в законном браке сотрудников – мать, отец, родные братья и сестры; для сотрудников, состоящих в законном браке: супруг (супруга), дети Застрахованного работника.

1.42. Члены семьи категории В+– для сотрудников, состоящих в законном браке: супруг (супруга), дети Застрахованного работника

1.43. Члены семьи категории С – для не состоящих в законном браке сотрудников – мать, отец, родные братья и сестры; для сотрудников, состоящих в законном браке: супруг (супруга), дети Застрахованного работника.

1.44. Патологические состояния, при которых показана экстренная медицинская помощь - комплекс мероприятий по оказанию квалифицированной медицинской помощи пациентам с острыми заболеваниями или травмами на всех этапах лечения (медицинский центр - скорая медицинская помощь - стационар):

1) Несчастные случаи:

- Травмы
- Ранения
- Вывихи
- Ожоги
- Поражения электрическим током и молнией
- Сотрясения и ушибы мозга
- Обморожения
- Тепловые и солнечные удары
- Асфиксии всех видов
- Утопления
- Инородные тела дыхательных путей
- Отравления
- Укусы ядовитых змей и насекомых

2) Симптомы угрожающих жизни внезапных заболеваний:

- Внезапная потеря сознания
- Остро развившиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль или нарушения ритма сердца)
- Расстройства органов дыхания – одышка, удушье
- Параличи, судорожные припадки
- Сильные кровотечения, кровавая рвота, рвота и отравления пищей

1.45. Патологические состояния, при которых показана неотложная медицинская помощь - используется в менее экстренных случаях, нежели экстренная медицинская помощь. Помощь оказывается семейным врачом/врачом неотложной помощи пациента в течение 2-4 часов:

1)острые заболевания и обострения хронических заболеваний, в том числе, инфекционные заболевания, связанные с резким ухудшением здоровья

2)внезапное повышение артериального давления

3)появление одышки, приступа удушья и бронхиальной астмы

4)температура выше 37°C

5)слабость, недомогание, рвота, тошнота

6)острая задержка мочи

7)внезапно возникшие боли в животе

8)острый аллергический статус, отек Квинке

1.46. Период страховой защиты – период времени с момента, когда возникает обязанность Страховщика осуществлять страховые выплаты при условии наступления страховых случаев в течение срока действия Договора.

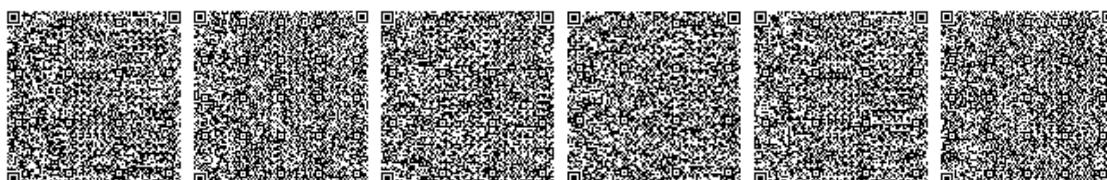
1.47. Представитель страхователя – лицо, действующее в интересах страхователя по доверенности.

1.48. Профилактические показания – комплекс мероприятий, необходимый для предотвращения возможных заболеваний и профилактике установленных (вакцинации, профилактические осмотры).

1.49. Стоматологические показания - лечебно-диагностические мероприятия, связанные с заболеванием зубов;

1.50. Страховая сумма – сумма денег, на которую Застрахован объект страхования, которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

1.51. Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.





1.52. Страховой случай – событие, в результате наступления которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Такое событие должно обладать признаками случайности или вероятности его наступления, а также вредоносностью его последствий для Застрахованного. Между событием, указанным в Договоре в качестве страхового случая, и вредом, причиненным объекту страхования, должна существовать причинно-следственная связь

1.53. Страховая премия – сумма денег (плата за страхование), которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести Страхователю (Выгодоприобретателю) страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.

1.54. Страховщик – юридическое лицо, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией на право осуществления страховой деятельности, и обязанное произвести страховую выплату Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в пределах определенной Договором страхования суммы.

1.55. Телесное повреждение – нарушение физической целостности организма Застрахованного.

1.56. Территория страхования – Республика Казахстан, а также ближнее и дальнее зарубежье (согласно Приложению № 2).

1.57. Неотложная медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых нарушениях физического здоровья пациента, угрожающих его жизни или здоровью окружающих.

1.58. Экстренная помощь - это срочное устранение всех неотложных патологических состояний, возникших непредвиденно, вызванных внешними или внутренними факторами, которые независимо от степени тяжести больного требуют немедленной диагностической и лечебной деятельности.

1.59. Эстафета - время эстафеты (командировки) для категории «С» - период времени, в течение которого экипаж (член экипажа) в соответствии с графиком работы или распоряжением эксплуатанта воздушного транспорта находятся в отрыве от базы.

1.60. Ремиссия (remission) - ослабление проявлений симптомов заболевания или их полное либо временное исчезновение во время болезни.

1.61. Физиотерапевтические процедуры – это процедуры, основанные на физиологическом и лечебном действии природных и искусственно создаваемых физических факторов на организм человека с применением медицинского оборудования.

1.62. Обеспечение исполнения договора – банковская гарантия или иное обеспечение исполнения договора, или страховой договор со сроками действия до полного исполнения договора.

2. Предмет Договора

2.1. Предметом договора является оказание медицинских услуг при наступлении страхового случая.

2.2. Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором, а Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного Договором страхового случая осуществить Выгодоприобретателю страховую выплату в пределах определенной Договором страховой суммы.

2.3. Объектом страхования признаются имущественные интересы Застрахованного, связанные с компенсацией его расходов, вызванных обращением к врачам и/или в медицинские учреждения (аптеки) из системы Ассистанса за медицинскими услугами (за получением лекарственных средств) предусмотренными Программой страхования.

3. Программа страхования

3.1. Страховая защита предоставляется Застрахованным в соответствии с перечнем и лимитом медицинских услуг, установленных Программой страхования (техническая спецификация, Приложение № 2).

3.2. Застрахованным запрещается превышать лимиты обращения за медицинской помощью, установленные Программой страхования (Технической спецификации). В случае, если медицинские услуги оказаны с превышением установленных лимитов, Страховщик вправе предъявить Застрахованному к взысканию сумму превышения. Застрахованный обязан возместить разницу Страховщику в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного уведомления от Страховщика.

3.3. В случае если срок действия страховой защиты в отношении Застрахованного установлен менее одного календарного года (триста шестьдесят пять суток), объемы медицинской помощи, установленные Приложением № 2 уменьшаются пропорционально сроку действия страховой защиты, но данное условие не распространяется на лимиты на лекарственные средства и стоматологию.

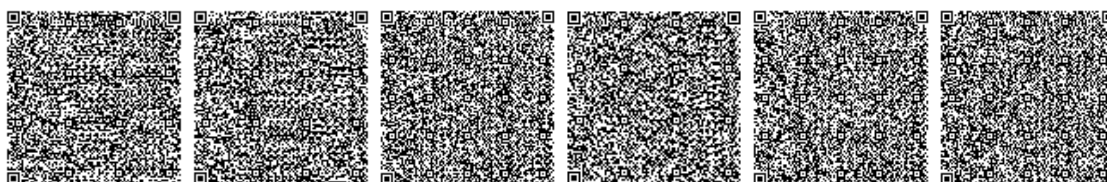
3.4. Размер дополнительной страховой премии при увеличении количества Застрахованных рассчитывается пропорционально сроку страхования, оставшемуся до окончания срока действия настоящего Договора. Размер высвободившейся премии при уменьшении численности, подлежащей учету при дальнейших взаиморасчетах, рассчитывается пропорционально оставшемуся оплаченному периоду.

4. Страховой случай

4.1. Страховым случаем по настоящему Договору признается:

4.1.1. факт обращения Застрахованного в систему Ассистанса при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях, возникших в период действия настоящего Договора за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования и зафиксированный с соблюдением условий настоящего Договора страхования.

4.1.2. необходимость организации медицинского страхования за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного в





служебную командировку для всех сотрудников, а также в личных целях для сотрудников категории А и членов их семей.

4.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в связи:

1) со следующими заболеваниями, за исключением случаев, когда окончательный диагноз еще не установлен:

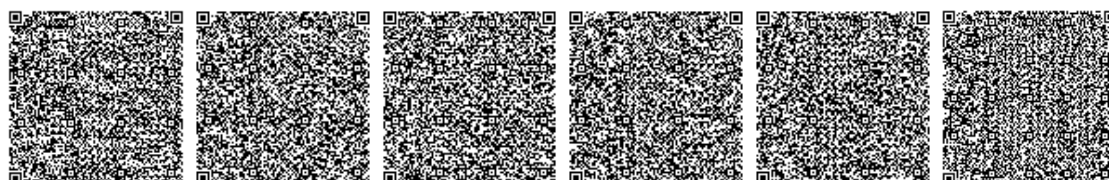
- Туберкулез, саркоидоз, полиомиелит и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса.
- Оперативное лечение по коррективке зрения, если оно не является необходимым вследствие травмы, произошедшей в период действия страхования.
- Проведение косметических и пластических операций или лечения их последствий.
- Лечение урогенитальных инфекций и заболеваний, передаваемых половым путем.
- Микозы, псориаз.
- Системные заболевания соединительной ткани.
- Лечение острых, хронических гепатитов и циррозов печени вирусной этиологии.
- Злокачественные новообразования органов и тканей, а также обусловленные ими осложнения; за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованного.
- Сахарный диабет.
- Особо опасные инфекции: натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, брюшной тиф, туляремия, сап, миелиодоз, легионеллез, оспа, геморрагические лихорадки (исключением являются заболевания в странах Юго-Восточной Азии), энцефалиты.
- медицинские расходы, связанные с повторной диагностикой, лечением и контрольным обследованием после лечения заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз;
- медицинским расходам, связанным с диагностическими исследованиями методом ПЦР
- Психические заболевания и их осложнения, а также различные травмы и соматические состояния, возникшие в связи с заболеваниями психической природы.
- Эпилепсия, рассеянный склероз, демиелинизирующие заболевания.
- Ожирение.
- Нарушения осанки.
- Нарушения речи.

•2) со следующими методами диагностики и лечения:

- Изменение массы тела (хирургическое и/или медикаментозное); хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;
- Стерилизация, подбор методов контрацепции и приобретение контрацептивных средств (в том числе, введение и удаление внутриматочной спирали);

•3) со следующими обстоятельствами:

- Беременность и ее последствия (если не входит в объем оказываемых услуг); бесплодие, импотенция, аборт и их осложнения, нарушение менструального цикла (диагностика и лечение); искусственное оплодотворение, неосложненное удаление внутриматочной спирали (ВМС) (за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованного);
- Попытка самоубийства; умышленное нанесение телесных повреждений самому себе;
- Острые отравления наркотическими средствами;
- Патологические переломы, врожденные (недостатки организма);
- Травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в результате совершения Застрахованными умышленного преступления;
- Заболевания, травмы и другие повреждения организма, связанные с выделением ядерной энергии, радиоактивным облучением и/или их последствиями.
- Травмы, полученные Застрахованными при управлении каким бы то ни было транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо без соответствующих документов (а также, в том случае, если Застрахованный передал управление лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо не имевшему соответствующих документов);
- Заболевание или несчастный случай в результате военных действий, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического или социального происхождения, если доказано, что лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, принимало в них участие;
- Заболевания, травмы и другие повреждения организма, произошедшие в период действия Договора страхования, но явившихся прямым следствием военных действий, войны, оккупации территории, акта агрессии, вооруженных инцидентов (независимо от того, была ли объявлена война), забастовки, локаута, общественных беспорядков;





• Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, в плавательный бассейн, водительских прав, шоферской комиссии, поступления в учебные заведения, для выезда за рубеж, оформление санаторно-курортной книжки, для детских дошкольных учреждений (кроме категории А).

• Застрахованными по настоящему Договору не могут быть следующие лица:

• ВИЧ-инфицированные

• имеющие к моменту начала страхования злокачественные новообразования

• госпитализированные к началу страхования - это те, кто находится в стационаре на момент начала страхового периода. Их могут взять на страховку после окончания стационарного лечения.

4.3. Страховщик не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов:

• контрацептивные препараты

• противотуберкулезные препараты

• Витаминов (кроме случаев, когда они назначаются Врачом по медицинским лечебным показаниям)

• Приобретении корректирующей и функционально реабилитационной техники и предметов (очки, контактные линзы, слуховые аппараты, инвалидные коляски, все виды протезирования и прочее)

• биологические активные добавки (кроме случаев, когда они назначаются Врачом по медицинским лечебным показаниям)

• гомеопатические препараты

• антидепрессанты

• косметические средства

• анорексантные препараты.

5. Условия заключения договоров страхования выезжающих за рубеж

5.1. Оформление и подписание Договоров страхования выезжающих за рубеж осуществляется ответственными лицами АО «Эйр Астана» в соответствии с условиями настоящего Договора по утвержденным Сторонами тарифам согласно Приложению № 2 «Тарифы» к настоящему Договору.

5.2. Оформление договоров страхования выезжающих за рубеж осуществляется уполномоченным АО «Эйр Астана» с предварительным обучением сотрудника со стороны Страховщика.

5.3. Договоры страхования выезжающих за рубеж заключаются в типографской форме на условиях, указанных в Приложении № 2.1 Правила страхования к настоящему Договору.

5.4. АО «Эйр Астана» ежемесячно в течение 10 рабочих дней после получения счета на оплату перечисляет на банковский счет.

5.5. Условия оформления договоров страхования выезжающих за рубеж:

5.5.1. Выписка договоров страхования выезжающих за рубеж осуществляется ответственными лицами Страхователя в системе Страховщика.

5.5.2. Отмена договора страхования выезжающих за рубеж производится в любое время до начала его срока действия в системе Страховщика.

5.5.3. Возврат испорченных договоров страхования выезжающих за рубеж осуществляется в размере 2 экземпляров БСО.

6. Сумма Договора и условия оплаты

6.1. Общая сумма настоящего Договора составляет _____ (_____) _____ и включает все расходы, связанные с оказанием услуг, а также все налоги и сборы, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и не подлежит изменению до полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, за исключением случаев, предусмотренных Договором и Стандартом.

6.2. Общее соотношение видов оплаты по договору указано в Приложении № 1 к Договору.

6.3. Оплата по договору производится в следующем порядке:

6.4. Расчет, в том числе окончательный расчет, по Договору производится в срок не позднее 30 (тридцать) календарных дней с даты предоставления следующих документов:

6.4.1. Акт оказанных Услуг.

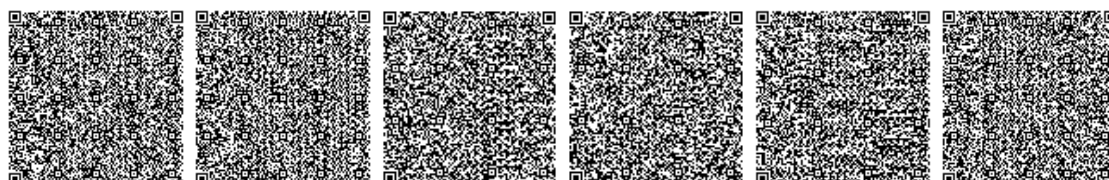
6.4.2. Счет-фактура.

6.5. Страхователь не несет ответственности за просрочку платежа, связанную с несвоевременным предоставлением пакета документов на оплату.

7. Права и обязательства Сторон

7.1. Страховщик обязуется:

7.1.1. Оказать Услуги надлежащим образом и в сроки согласно условиям настоящего Договора, а также в полном объеме на условиях, предусмотренных в Договоре и Приложениях к нему.





7.1.2. Сдать оказанные Услуги по Акту оказанных услуг, по форме утвержденной в соответствии с законодательством Республики Казахстан по предмету договора и выписать счет-фактуру в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

7.1.3. Банковская гарантия должна содержать следующую информацию:

7.1.3.1. Вид банковской гарантии (гарантия обеспечения исполнения договора/гарантия обеспечения возврата авансового платежа).

7.1.3.2. Наименование банка.

7.1.3.3. Номер банковской гарантии (гарантийного обязательства).

7.1.3.4. Дата банковской гарантии.

7.1.3.5. Наименование Страховщика.

7.1.3.6. Номер и дату договора.

7.1.3.7. Предмет договора.

7.1.3.8. Сумма банковской гарантии.

7.1.3.9. Срок действия банковской гарантии.

7.1.4. В течение 10 (десяти) календарных дней после подписания Договора предоставить Страхователю прогнозный расчет доли местного содержания согласно Приложению №3 к Договору.

7.1.5. По окончании оказания Услуг вместе с окончательным Актом оказанных услуг предоставить Страхователю фактический расчет доли местного содержания в Услуге по форме согласно Приложению № 3 к Договору.

7.1.6. Гарантировать достоверность предоставляемой информации по доле местного содержания в Услугах. В случае предоставления недостоверной информации по доле местного содержания Страховщик несет ответственность в соответствии со Стандартом и Договором.

7.1.7. Обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;

7.1.8. ознакомить Страхователя с условиями страхования и порядком предоставления медицинских услуг путем проведения презентации для застрахованных по требованию Страхователя;

7.1.9. при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором;

7.1.10. вести учет количества обращений Застрахованных в медицинские учреждения и аптеки, произведенных страховых выплат и их размеров и предоставлять данную отчетность на ежеквартальной основе;

7.1.11. обеспечить предоставление Застрахованным качественных медицинских услуг врачами и медицинскими учреждениями и аптеками, с которыми Страховщик заключил Договор;

7.1.12. обеспечить тайну страхования;

7.1.13. обеспечить услуги, стоимость которых не должна быть выше стоимости услуг, предоставляемых для физических лиц;

7.1.14. организовать предоставление Застрахованным медицинских услуг в порядке и объемах, предусмотренных настоящим Договором и Программой страхования (техническая спецификация, Приложение № 2);

7.1.15. оформить каждому Застрахованному виртуальную карточку в течение 3 (трёх) рабочих дней с момента вступления Договора страхования в силу;

7.1.16. по письменному запросу не позднее 5 рабочих дней с момента обращения сообщать представителю Страхователя о мерах воздействия (наказания), принятых в отношении врачей, медицинских учреждений, аптек, предоставивших некачественные медицинские услуги Застрахованным;

7.1.17. обеспечить выдачу Застрахованным листов временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими учреждениями из системы Ассистанса, которые в соответствии с законодательством вправе выдавать данные документы;

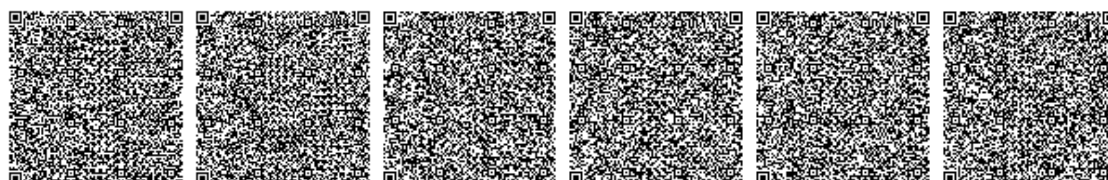
7.1.18. сообщать органам здравоохранения и органам внутренних дел медицинские случаи, оговоренные законодательством РК;

7.1.19. осуществлять иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором;

7.1.20. организовать, оплатить и контролировать качество медицинских услуг, оказываемых Застрахованному Медицинскими сервисными компаниями, а также защищать интересы Застрахованного в пределах настоящего Договора страхования.

7.1.21. по потребности Страхователя обеспечить выездной медосмотр застрахованных (по согласованию);

7.1.22. обеспечить по представленному списку ЛПУ и МУ сохранение количества. В случае же расторжения договора о сотрудничестве по инициативе ЛПУ и МУ и/или повышения прейскуранта цен на медицинские услуги представить альтернативную клинику с соответствующим спектром оказания услуг (по необходимости и согласованию с Заказчиком/Страховщиком). В случае же отсутствия замены и отсутствия в населенном пункте партнерских клиник, предоставляющих необходимые услуги, провести возмещение самостоятельно оплаченных расходов застрахованного;





7.1.23. обеспечить на проведение прикрепительной кампании населения на медицинское обслуживание по ГОБМП и ОСМС для возможности, в рамках данных проектов, получения услуг застрахованными по принципу одного окна (ДМС-ГОБМП-ОСМС) в случае наличия в реестре потенциальных поставщиков ФСМС медицинской сети собственных клиник ассистанс компаний Страховщика, предусматривающих свободное прикрепление застрахованных по их инициативе при отсутствии иных ограничений со стороны законодательных требований РК;

7.1.24. обеспечить в крупных населенных пунктах, городах областного и республиканского значения наличие медицинских центров прямого доступа с подтверждением установленного обязательного производственного контроля условий предоставления следующих медицинских услуг:

7.1.24.1. - амбулаторно-поликлинических услуг, с оснащением необходимого количества медицинского оборудования для обеспечения возможности посещения застрахованными в соответствии с взятыми на себя обязательствами;

7.1.24.2. - услуги стационаро-замещающего лечения, с оснащением необходимого количества медицинского оборудования, в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и другими действующим нормативным правовым актам в области здравоохранения;

7.1.25. обеспечить в медицинских центрах прямого доступа укомплектованного штата сертифицированных врачей-специалистов и медицинского персонала с опытом работы не менее 3 лет, рассчитанное на количество застрахованных (при этом, стаж работы по специальности "врач" должен составлять 3 и более лет не менее чем у 70% врачей собственных клиник в разрезе территориальной расположенности);

7.1.26. обеспечить на территории Республики Казахстан широкой сети клиник, аккредитованных МЗ РК (для получения услуг ГОБМП и ОСМС) и неаккредитованных (другие государственные и частные клиники в регионах) (список по форме документации);

7.1.27. обеспечить круглосуточной консультационной диспетчерской службы в регионе обслуживания на уровне областного центра, (колл-центра) для обеспечения круглосуточной координации медицинского обслуживания и информационной поддержки клиентов по территории Республики Казахстан (предоставить к договору список диспетчеров-регистраторов колл-центров, список телефонных номеров за подписью первого руководителя). Список подлежит обновлению по мере необходимости;

7.1.28. обеспечить специализированными машинами скорой помощи/круглосуточной бригады скорой помощи с медицинским оборудованием и материалами в регионах обслуживания застрахованных лиц в местах их проживания/работы, а также обеспечение организации вызовов через станции скорой медицинской помощи (ССМП) при экстренной автотранспортировке застрахованных по аварийным и чрезвычайным ситуациям на производственных объектах Заказчика (предоставить к договору список автомашин в указанных регионах /марка автомашины, год выпуска, объем двигателя, назначение, специализация, имеющееся оборудование/ за подписью первого руководителя);

7.1.29. в случае изменения контактной информации Страховщика и/или Ассистенса в течение 24 часов уведомить об этом Страхователя;

7.1.30. Организовать медицинский пункт и мед.старт на базе офиса АО «Эйр Астана» для оказания услуг согласно Приложению 2 в г.Алматы (мед пункт) и г.Астана (мед пункт);

7.1.31. В течение 3-х рабочих дней уведомить Застрахованного и/или Страхователя о недостающих документах, сведений, необходимых Страховщику для осуществления страховой выплаты;

7.1.32. Предоставлять статистические данные ежеквартально с указанием Ф.И.О. обратившегося, наименования оказанных услуг и затраченной суммы;

7.1.33. Осуществлять регистрацию и предоставлять немедленную отчетность по всем случаям, повлекшим причинение микротравм работникам (без временной утраты трудоспособности). Уведомлять Страхователя о получении производственной травмы застрахованного сотрудника в случае, если Страхователь не осведомлен об этой травме;

7.1.34. Осуществлять мониторинг временной нетрудоспособности, статистику заболеваемости;

7.1.35. Производить анализ и оценку связи заболеваемости с условиями труда на рабочих местах и предоставлять годовой отчет;

7.1.36. Предоставить полный объем медицинских услуг до полного выздоровления сотрудника Страхователя в случае наличия открытых больничных листов сотрудников на момент истечения срока договора, а также удаление металлоконструкций, установленных во время страховых случаев, в том числе полученных вне действия страхового периода.

7.2. Страхователь обязуется:

7.2.1. Принимать оказанные Услуги по Акту оказанных услуг в течение 5 (пять) рабочих дней после получения от Страховщика указанного документа, либо в указанный срок направить мотивированный отказ в приеме оказанных Услуг. При наличии недостатков в оказанных Услугах направить Страховщику перечень недостатков с указанием срока их устранения.

7.2.2. Подписать Акт оказанных услуг в случае отсутствия претензий в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения Акта оказанных услуг от Страховщика.





7.2.3. Своевременно оплатить за оказанные Услуги в соответствии с условиями Договора.

7.2.4. Вернуть Страховщику внесенное обеспечение исполнения Договора о закупках в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты полного и надлежащего исполнения им своих обязательств по Договору.

7.2.5. предоставить Страховщику по его запросу имеющуюся полную и достоверную информацию, необходимую для заключения и исполнения настоящего Договора;

7.2.6. уплатить страховую премию в порядке, размерах и сроки, установленные настоящим Договором;

7.2.7. соблюдать условия Договора страхования;

7.2.8. передать Страховщику всю имеющуюся информацию, необходимую Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. требовать от Застрахованных предоставления достоверной информации, необходимой для заключения и исполнения настоящего Договора;

7.3.2. проверить предоставленную Страхователем информацию, а также выполнение условий настоящего Договора;

7.3.3. требовать от Страхователя документы, удостоверяющие факт наступления страхового случая и подтверждающие размер ущерба;

7.3.4. при необходимости направлять запросы в компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих обстоятельства наступления страхового случая;

7.3.5. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

7.3.6. проводить расследования в отношении причин и размера убытка;

7.3.7. отказать в страховой выплате в случае нарушения Застрахованным условий статьи 10 настоящего Договора;

7.3.8. В случае подтверждения факта подмены и предоставления недостоверной информации по застрахованным, осуществляется возврат выплаченной страховых выплат по данному факту;

7.3.9. оспорить и предоставить соответствующие разъяснения в случае выявления факта претензии в соответствии с п.7.5.8.

7.3.10. осуществлять иные права, предусмотренные настоящим Договором.

7.4. Страхователь имеет право:

7.4.1. Требовать качественного и своевременного оказания Услуг, указанных в настоящем Договоре и Приложениях к нему; требовать устранения недостатков в оказанных Услугах.

7.4.2. Если Страхователь не выполняет свои обязательства по устранению недостатков в оказанных Услугах, требований договорных обязательств, письменным предписанием отказать распоряжение об остановке оказания Услуг в целом или ее части до устранения нарушений;

7.4.3. Расторгнуть Договор по основаниям, предусмотренным в законодательстве Республики Казахстан, Стандарте и (или) Договоре.

7.4.4. Требовать от Страховщика соблюдения условий настоящего Договора.

7.4.5. Требовать от Страховщика предоставления информации о принятых мерах в отношении медицинских учреждений и (или) организации медицинского Ассистанса в случае предоставления ими медицинских услуг ненадлежащего качества.

7.4.6. Требовать разъяснений условий страхования.

7.4.7. Оспорить отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или его решение об отсрочке в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке.

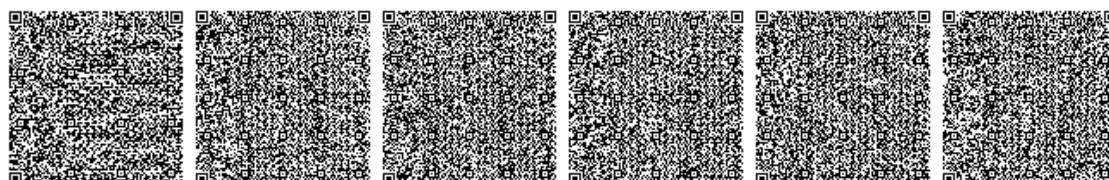
7.4.8. Осуществлять иные права, предусмотренные настоящим Договором.

7.4.9. Страхователь имеет право в течение действия Договора расширить объем страховой ответственности, увеличить страховую сумму (лимит ответственности) или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг, в соответствии с правилами страхования, заключив дополнительное соглашение к настоящему Договору и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

7.4.10. Страхователь имеет право требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в Программе страхования (техническая спецификация, Приложение № 2) в соответствии с Договором страхования. В случае непредоставления таких медицинских услуг Страхователь должен в разумные сроки известить об этом Страховщика.

7.4.11. Страхователь имеет право осуществлять контроль за выполнением условий настоящего Договора

7.4.12. Каждый Застрахованный имеет право в доступной форме получить информацию у врача Страховщика и/или Ассистанса о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, методе лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах проведенного лечения. При этом информация предоставляется на казахском, русском или английском языках по выбору Застрахованного. По требованию Застрахованного ему предоставляется выписка из амбулаторной карты, перед прохождением ВЛЭК по установленной ф





027у, отражающая состояние его здоровья. В случае запроса выписки после завершения действия Договора, выписка предоставляется безвозмездно.

7.4.13. Каждый Застрахованный имеет право на сохранение в тайне медицинской информации. Врачи гарантируют соблюдение этой тайны и ее неразглашение без согласия пациента.

7.4.14. Руководство Страхователя по производственной необходимости имеет право в конфиденциальном порядке делать запрос о состоянии здоровья сотрудников.

7.5. Застрахованный вправе:

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

7.5.2. получить дубликат страховой карточки в случае утери: в первый раз - бесплатно, при повторной утере - за счет Застрахованного;

7.5.3. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой страхования;

7.5.4. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;

7.5.5. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;

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

7.5.7. по своему усмотрению обратиться в любое медицинское учреждение согласно Приложению № 4 к Договору в случае наличия лечебных показаний по направлению семейного врача. При этом семейный врач обязан выдать направление в медицинское учреждение, выбранное Застрахованным;

7.5.8. подать соответствующую претензию (жалобу) по несоответствию качества обслуживания, в т.ч. отказы в обслуживании: в необоснованном отказе выдачи соответствующих направлений и назначений, без предоставления разъяснений по не страховым случаям, в отказах в обслуживании по причине задолженности асисстанс компаний перед ЛПУ и МУ.

8. Основания освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты

8.1. Страховщик также освобождается от страховой выплаты, если страхового случая наступил вследствие:

1)воздействия ядерного взрыва, радиации (ионизирующего излучения) или радиоактивного заражения материалами ядерного оружия или радиоактивными отходами;

2)войны, военного вторжения, враждебных действий иностранного врага, военных действий, военных маневров и связанных с ними мероприятий военного характера, признанных таковыми в установленном законодательными актами порядке или нет;

3)гражданской войны, вооруженного мятежа, народных волнений всякого рода, массовых беспорядков, насильственного захвата или насильственного удержания власти;

4)наркотического или токсического опьянения либо отравления Застрахованного, произошедшего в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача, а также в результате оказания медицинской помощи при лечении алкоголизма, наркомании или токсикомании, зависимости от них или их последствий;

5)заболевания Застрахованного синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), ассоциированного с ним комплекса синдромов, и всеми заболеваниями, вызванными или связанными с положительной ВИЧ-реакцией;

6)любого заболевания Застрахованного, передающегося половым путем;

7)психического заболевания, психического и психологического расстройства Застрахованного;

8)криминальных родов и абортов

8.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты в части превышения суммы страховой выплаты над лимитом страховой выплаты, установленного для соответствующей Программы страхования.

8.3. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате, если страхового случая произошел вследствие:

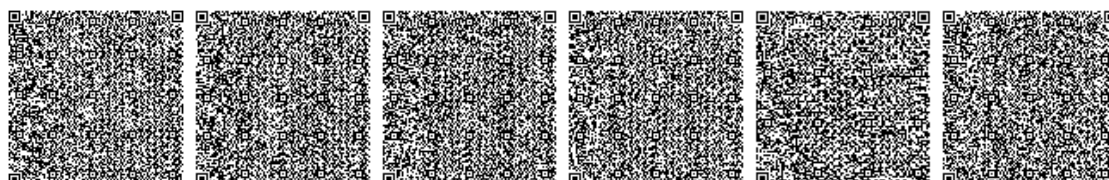
1)умышленных действий Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости.

В состав умышленных действий Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, в любом случае включаются:

а)покушение Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

б)умышленное причинение себе телесных повреждений Застрахованным;

с)не выполнения Застрахованным предписаний лечащего врача в условиях, предусматривающих госпитализацию и стационарное лечение Застрахованного, а также нарушения Застрахованным определенного больничного режима. При этом решение об отказе в суточной компенсации принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения.





2)действий Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящихся в причинной связи со страховым случаем.

8.4. Основанием для отказа Страховщика произвести страховую выплату могут быть следующие неправомерные действия Застрахованного и (или) Страхователя:

- 1)сообщение Застрахованным и (или) Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2)непредставление в течении 10 рабочих дней документов и сведений, необходимых Страховщику для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, в случаях, когда Страхователь имел на это возможность;
- 3)воспрепятствование Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и установления размера причиненного им убытка.

8.5. Стороны согласны с тем, что страховой случай, определяемый в соответствии с условиями настоящего Договора и произошедший вследствие употребления Застрахованным наркотических и/или токсикологических веществ (кроме назначенных для лечения лекарственных препаратов) является основанием для освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты.

8.6. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате в случаях, когда Застрахованный получил обслуживание в медицинских учреждениях, не входящих в систему Ассистанса, за исключением случаев необходимости оказания Застрахованному лицу экстренной и неотложной медицинской помощи, либо невозможности оказания медицинской помощи Ассистанской компанией самостоятельно.

9. Порядок определения размеров страховой выплаты

9.1. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному врачами и/или медицинскими учреждениями из системы Ассистанса, а также стоимостью лекарственных средств, приобретенных Застрахованным в аптеке по назначению Семейного врача.

9.2. Застрахованный получает медицинские услуги и лекарственные средства в соответствии с Программой страхования.

9.3. Обязанность контроля за соблюдением установленных объемов ответственности (страховых сумм) Застрахованного возлагается на Страховщика.

10. Страховая сумма, страховая премия, порядок ее уплаты

10.1. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет: ... тенге.

10.2. . Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: ... тенге.

10.3. Страховая премия на одного Застрахованного указана в технической спецификации.

10.4. При этом, сумма по превышенному оплаченному резерву возвращается 100% Страховщиком Страхователю.

10.5. В случае семейного прикрепления страховая премия за члена семьи является фиксированной вне зависимости от момента подключения члена семьи.

10.6. В случае, если день уплаты страховой премии приходится на нерабочий день, днем уплаты считается ближайший следующий за ним рабочий день.

10.7. Уплата страховой премии за сотрудников производится безналичным платежом на банковский счет Страховщика, указанный в статье 16 Договора страхования. Страховая премия за сотрудников подлежит оплате четырьмя взносами:

10.7.1. Первый взнос страховой премии в размере 25% от общей страховой премии – ... тенге и 00 тиын подлежит оплате после подписания договора с обеих сторон в течении 15(пятнадцати) рабочих дней.

10.7.2. Второй взнос страховой премии в размере 25% от общей страховой премии ... тенге и 00 тиын подлежит оплате до 1 апреля 2021 года.

10.8. Третий взнос страховой премии в размере 25% от общей страховой премии – ... тенге и 00 тиын подлежит оплате до 1 июля 2021 года.

10.9. Четвертый взнос страховой премии в размере 25% от общей страховой премии – ... тенге и 00 тиын подлежит оплате до 1 октября 2021 года.

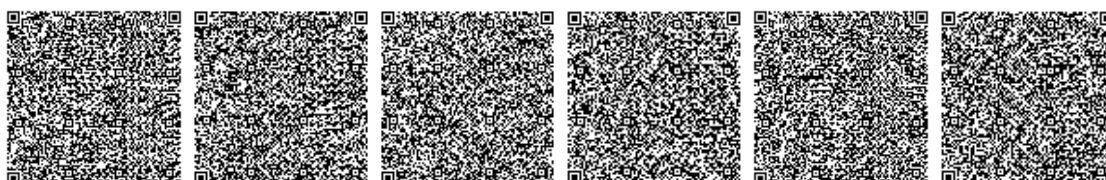
10.10. Застрахованный сотрудник имеет право застраховать членов семьи по тарифам указанным в Приложении № 1 в любой период со дня начала действия периода страховой защиты для сотрудника.

11. Порядок оказания медицинских услуг застрахованным. Порядок и сроки осуществления страховой выплаты

11.1. Страховщик организует оказание медицинских услуг Застрахованным посредством системы Ассистанса.

11.2. Настоящая статья определяет порядок и условия получения Застрахованными следующих медицинских услуг:

- оказание неотложной медицинской помощи;
- оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- оказание стационарной медицинской помощи;





- оказание медицинской помощи Семейным врачом на дому;
- оказание стоматологической помощи;
- лекарственное обеспечение.

11.3. Медицинские услуги Застрахованным оказываются в лечебных учреждениях, входящих в систему Ассистанса и соответственно Программам страхования. Застрахованный имеет право получить лекарственные средства в любой аптеке, имеющей фискальный кассовый аппарат. Порядок и срок оплаты Страховщиком медицинских услуг, оказанных Ассистансом Застрахованным (порядок и срок осуществления страховой выплаты), устанавливается Договором между Страховщиком и Ассистансом.

11.4. Настоящим Договором установлены следующие общие условия оказания медицинской помощи Застрахованным:

11.4.1. Медицинская помощь Застрахованным оказывается при предъявлении Семейному врачу виртуальной карточки и удостоверения личности.

Узкому врачу – специалисту, представителю медицинского учреждения, аптеки, входящих в систему Ассистанса, виртуальной карточки, удостоверения личности и соответствующего документа (направление, рецепт) от семейного врача.

11.4.2. Виды лечения, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств определяются лечащим врачом (Семейным врачом и/или узким специалистом).

11.4.3. Амбулаторная карта оформляется Семейным врачом при первом обращении Застрахованного за оказанием медицинской помощи. В амбулаторной карте фиксируются история болезни, лечение, назначенные обследования и лекарственные препараты. Амбулаторная карта должна оформляться согласно требованиям МЗ РК.

11.4.4. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному фиксируются Семейным врачом в амбулаторной карте.

11.5. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания неотложной медицинской помощи Застрахованным:

11.5.1. Для оказания неотложной медицинской помощи Застрахованный вызывает бригаду неотложной медицинской помощи Ассистанса посредством обращения в диспетчерскую по телефону, указанному на виртуальной карточке. В случае, если вызов передан скорой помощи 103, врач от Ассистанса должен присутствовать в больнице.

11.5.2. Застрахованному оказывается неотложная медицинская помощь, и сообщение об этом передается Семейному врачу для оказания им дальнейших медицинских услуг Застрахованному

11.5.3. В случае если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса.

11.6. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания амбулаторно–поликлинической медицинской помощи:

11.6.1. В случае появления необходимости оказания Застрахованному амбулаторно –поликлинической медицинской помощи, Застрахованный обращается в диспетчерскую или к Семейному врачу, номер телефона диспетчерской службы указан на индивидуальной виртуальной карточке.

11.6.2. Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования.

11.6.3. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно, либо направляет Застрахованного к узкому врачу – специалисту.

11.6.4. Назначения узкого врача - специалиста (в том числе, и необходимые лекарственные средства) фиксируются в амбулаторной карте. Специалист выписывает Застрахованному рецепт, являющийся основанием для обеспечения, Застрахованного лекарственными средствами.

11.6.5. Семейный врач, а также врачи и/или медицинские учреждения из системы Ассистанса, которые в соответствии с законодательством вправе выдавать листки временной нетрудоспособности, при наличии показаний обязаны обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности).

11.7. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания стационарной медицинской помощи:

11.7.1. Для оказания стационарной медицинской помощи Застрахованный обращается в диспетчерскую или к Семейному врачу, номер телефона и место нахождения, которого указаны в виртуальной карточке.

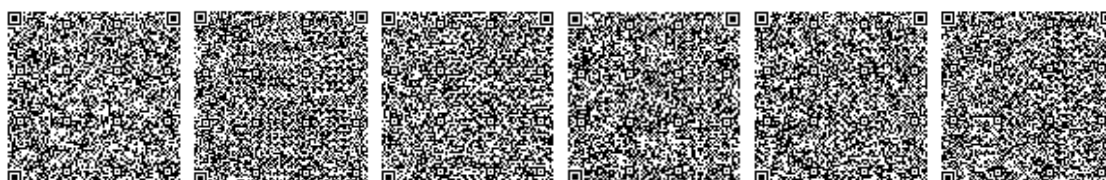
11.7.2. Семейный врач или врач неотложной медицинской помощи производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого:

11.7.3. выдает Застрахованному направление на госпитализацию в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса – в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен Семейным врачом самостоятельно, либо;

11.7.4. направляет Застрахованного к узкому врачу – специалисту для решения вопроса о необходимости госпитализации.

11.7.5. узкий врач – специалист, проведя обследование Застрахованного и усмотрев необходимость его госпитализации, выдает Застрахованному направление на его госпитализацию.

В случае плановой госпитализации Семейный врач или узкий специалист, направивший на госпитализацию, должны предварительно





согласовать со стационаром системы Ассистанса наличие свободных мест.

11.8. Все вопросы, связанные с госпитализацией Застрахованного в стационар согласовываются с Семейным врачом.

11.9. В случае экстренного обращения в стационар, не входящий в медицинскую сеть Ассистанса Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (выписка из истории болезни, фискальный кассовый чек, счёт фактура с печатью организации), которые подлежат предъявлению Семейному врачу для компенсации произведенных расходов. При этом Страхователь или его представитель должны информировать Страховщика в течение 5(пяти) рабочих дней после возникновения Страхового случая. Страховщик имеет право перевести Застрахованного в другой стационар, входящий в систему Ассистанса.

11.10. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания медицинской помощи Семейным врачом на дому:

11.10.1. Если по медицинским показаниям застрахованный не может явиться на прием к Семейному врачу, то для оказания медицинской помощи Семейным врачом на дому Застрахованный обращается в диспетчерскую .

11.10.2. Семейный врач обязан явиться на дом к Застрахованному в день поступления вызова. Вызовы семейного врача принимаются в дневное время , вызовы врача неотложной медицинской помощи круглосуточно.

11.10.3. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение Застрахованному. В компетенцию Семейного врача входит выдача направления на посещение узкого врача–специалиста, на лабораторные и инструментальные обследования, направления на госпитализацию, выписка рецептов на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.

11.11. Настоящим Договором установлен следующий порядок оказания стоматологической помощи:

11.11.1. Застрахованный имеет право получить услуги по стоматологии в любой стоматологической клинике, имеющей фискальный кассовый аппарат.

11.11.2. При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта стоматологического больного по форме № 043, а также зубная формула.

11.11.3. В случае обращения в стоматологическую клинику, Застрахованный обязан сохранить соответствующие документы, подтверждающие факты получения услуг по стоматологии (оригинал фискального чека и заказ-наряд установленного Страховщиком образца, выписанный врачом-стоматологом), которые подлежат предъявлению для компенсации произведенных расходов, за исключением работников, работающих за пределами РК (в случае предусмотренном п.п 11.9.3)

11.12. Настоящим Договором установлен следующий порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:

11.12.1. Основанием для обеспечения, Застрахованного лекарственными средствами является рецепт или документ о назначении (лист назначений, лист осмотра врачом) (если пациент собирается обратиться в аптеку вне системы Ассистанса, ему бланк бесплатного рецепта не выписывают), выданный Семейным врачом – узким специалистом.

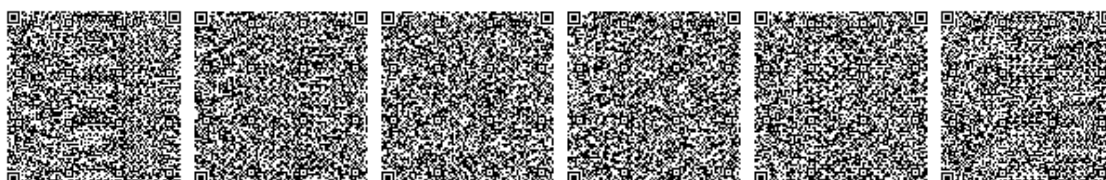
11.12.2. Застрахованный имеет право приобрести лекарственные препараты в любой аптеке в пределах собственного лимита - При этом он обязан сохранить соответствующий документ (рецепт или копию назначения из амбулаторной карты), а также документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (оригиналы фискального кассового чека и товарного чеков с указанием выданных медикаментов и печатью организации), которые подлежат предъявлению Семейному врачу для компенсации произведенных расходов.

11.12.3. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 11.9.3 настоящей статьи, производится Страховщиком путем перечисления денежных средств, на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным Страховщику (Семейному врачу или региональному представителю Страховщика) подтверждающих документов.

Для получения возмещения расходов Застрахованный обязан предоставить Страховщику, в течение 20-ти рабочих дней с даты получения медицинской услуги для сотрудников, работающих в РК и 30-ти рабочих дней для сотрудников, работающих за пределами РК, следующие документы:

- копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного, либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
- направление врача - работника Страховщика (при наличии);
- документы, подтверждающие оказание медицинских услуг за исключением работников, работающих за пределами РК:
- по амбулаторно–поликлиническому лечению – фискальный чек, счет - фактуру и копию (или выписку) из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
- по стационарному лечению – фискальный чек, счет - фактуру, копию выписки из стационара, ;
- по стоматологическому лечению – фискальный чек и заказ-наряд, выданный врачом-стоматологом;
- по лекарственному обеспечению – фискальный чек, товарный чек, рецепт или назначение семейного врача/врача-специалиста.

11.13. Настоящим Договором установлен следующий порядок организации медицинского страхования Застрахованного за пределами





Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного в служебную командировку:

11.13.1. При необходимости получения медицинской помощи за пределами Республики Казахстан Застрахованный обращается в круглосуточную диспетчерскую системы международного Ассистанса:

- медицинские услуги, согласно программы страхования по категории В оказывает ... Ассистанс

- экстренная медицинская помощь на эстафете, а также при страховании выезжающих за рубеж оказывает ... Ассистанс, обслуживающий Застрахованных за границей.

11.13.2. При наступлении страхового случая застрахованный должен позвонить в международную ассистанскую компанию и сообщить свое имя, координаты и причину обращения; кроме случаев, когда он по состоянию здоровья не в состоянии этого сделать

11.13.3. Диспетчер ассистанса проверяет, действительно ли данное лицо является застрахованным и выбирает из базы данных поставщика услуг - медицинскую организацию, которая в конкретной ситуации способна наиболее качественно и оперативно оказать медицинскую помощь застрахованному;

11.13.4. Диспетчер связывается с соответствующей медицинской организацией и делает заявку на оказание медицинской помощи застрахованному и уведомляет ответственное лицо в АО «Эйр Астана» о наступлении страхового случая;

11.13.5. Диспетчер в течение 30 минут перезванивает Застрахованному и информирует об организации медицинской помощи, когда и каким образом будет оказана медицинская помощь;

11.13.6. Диспетчер контролирует процесс оказания медицинских услуг Застрахованному

11.13.7. Оплата за счет собственных средств Застрахованным осуществляется только за телефонные звонки в ассистанс, все остальные расходы берет на себя Страховщик.

11.13.8. В случае, когда Застрахованный был вынужден обратиться за экстренной помощью в близлежащее медицинское учреждение, он имеет право на возмещение затраченных денежных средств, если данное медицинское учреждение не включено в систему ассистанса. При этом он обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней уведомить о страховом случае систему ассистанс либо страховую компанию.

11.13.9. Объемы оказываемой медицинской помощи определяются согласно Программе страхования в соответствии с условиями настоящего Договора.

11.14. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер причиненных убытков являются (включая перечисленные документы, но, не ограничиваясь ими): амбулаторная карта, рецептурный бланк, направление на госпитализацию, заключения, сертификаты и иные документы, выданные лечащим врачом, медицинским учреждением и (или) иным компетентным органом, подтверждающие факт несчастного случая или острого заболевания, их дату, причины и размер причиненного ими вреда, счета, квитанции, выписанные врачами и/или лечебными учреждениями, с которыми Страховщик заключил договор, врачебные назначения, иные документы, подтверждающие оказание медицинских услуг Застрахованным, установленные Договором на оказание медицинских услуг.

12. Ответственность Сторон

12.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12.2. В случае просрочки Страховщиком сроков оказания Услуг, оговоренных Договором, Страховщик обязан оплатить Страхователю пеню в размере 0.1% от стоимости несвоевременно оказанных Услуг, за каждый день просрочки оказания Услуг, но не более 3% от общей суммы Договора.

12.3. В случае отказа или невозможности Страховщика выполнить свои обязательства по Договору, кроме случаев предусмотренных разделом 17 Договора, Страховщик обязан оплатить Страхователю штраф в размере 15% от общей суммы Договора.

12.4. В случае нарушения сроков несвоевременного устранения Страховщиком выявленных недостатков, Страховщик выплачивает Страхователю в качестве неустойки сумму, эквивалентную 0.1% от общей суммы Договора, за каждый день просрочки, но не более 3% от общей суммы Договора.

12.5. В случае необоснованной задержки оплаты за оказанные Услуги, Страхователь должен выплатить Страховщику пеню в размере 0.1% от суммы задолженности, за каждый день просрочки, но не более 3% от общей суммы Договора.

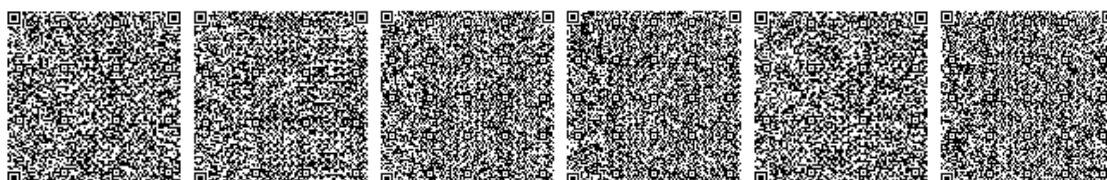
12.6. Уплата неустойки (штрафа, пени) не освобождает Стороны от выполнения обязательств, предусмотренных настоящим Договором.

12.7. Страховщик согласен на удержание Страхователем суммы пени (штрафов), причитающейся Страхователю за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение Страховщиком своих обязательств по настоящему Договору, из сумм, подлежащих оплате по настоящему Договору.

12.8. В случае невнесения Страховщиком обеспечения исполнения Договора в определенный настоящим Договором срок:

12.8.1. В одностороннем порядке расторгает Договор.

12.8.2. Удерживает внесенное обеспечение заявки на участие в тендере.





12.8.3. Направляет в установленном порядке информацию в уполномоченный орган по вопросам закупок для внесения сведений о Страховщике в Перечень ненадежных поставщиков Холдинга.

12.9. В случае нарушения Страховщиком исполнения Договорных обязательств Страхователь вправе удержать из суммы внесенного обеспечения исполнения Договора сумму штрафа, начисленную Страховщику за нарушение исполнения им Договорных обязательств и возникших в связи с этим убытков.

12.10. Ответственность страховщика:

12.10.1. В случае просрочки осуществления страховой выплаты в срок, установленный настоящим Договором Страховщик уплачивает Страхователю пеню в размере 0,1% от невыплаченной суммы за каждый день просрочки, но не более 3% от данной суммы.

12.10.2. Размер санкций за просрочку осуществления страховой выплаты Страховщиком Асситансу устанавливается Договором на оказание медицинских услуг.

12.10.3. Страховщик несет ответственность за качество, своевременность и обоснованность лечения, оказываемого Застрахованным и/или выгодоприобретателем медицинскими учреждениями, с которыми Страховщик заключил договор, претензии предъявляются Застрахованным и/или выгодоприобретателем непосредственно Страховщику. Страховщик обязан рассмотреть обращения Страхователя (Застрахованного) по вопросам качества, своевременности и обоснованности лечения и в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней письменно сообщить о результатах рассмотрения и принятых мерах Застрахованному и/или выгодоприобретателю.

12.10.4. В случае просрочки и/или необоснованного отказа в предоставлении медицинских услуг Страховщик обязуется возместить в полном объеме в течение 15 дней Застрахованному, расходы, связанные с просрочкой и/или необоснованным отказом в предоставлении медицинских услуг.

12.10.5. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей деятельности сведения о Страхователе, застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Республики Казахстан.

12.11. Ответственность страхователя:

12.11.1. В случае просрочки оплаты страховой премии в срок, Страхователь уплачивает Страховщику пеню в размере 0,1% от невыплаченной суммы за каждый день просрочки, но не более 3 % от просроченной суммы.

13. Изменение списка застрахованных

13.1. Список Застрахованных подлежит изменению в следующих случаях:

- включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора страхования;
- исключение лица из Списка Застрахованных;
- замена Застрахованных (касательно только сотрудников юридического лица)

13.2. Включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора страхования, осуществляется Страховщиком в следующем порядке:

13.2.1. По мере необходимости Страхователь обращается к Страховщику с Заявлением о включении в Список Застрахованных дополнительных лиц с указанием Программы страхования для каждого дополнительно включенного лица.

13.2.2. В случае если Страхователь включает дополнительных лиц в список Застрахованных лиц, Страхователь вместе с очередной премией производит дополнительный платеж Страховой премии Страховщику. В данном случае, Страховая премия рассчитывается пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования и выбранной Программы страхования.

13.2.3. После уплаты Страхователем страховой премии в отношении дополнительно включаемых лиц, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней обязан изготовить виртуальные карточки и вручить их Страхователю.

13.2.4. Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается со дня указанного в заявке Страхователя.

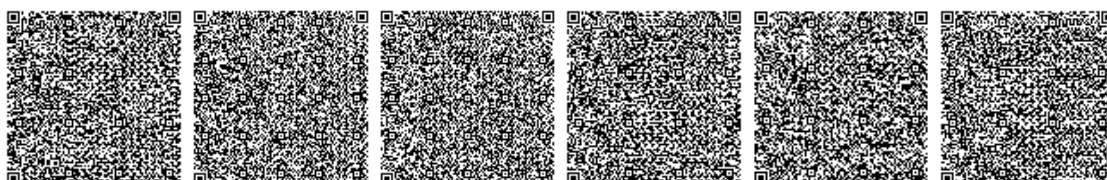
13.3. Исключение лица из Списка Застрахованных осуществляется в следующем порядке:

13.3.1. По мере необходимости Страхователь обращается к Страховщику с письменным Заявлением об исключении лиц из Списка Застрахованных.

13.3.2. Страховщик, получив заявление, уведомляет Асситанс о необходимости прекращения оказания медицинских услуг Застрахованному и членов его семьи, в случае семейного прикреплении.

13.3.3. Действие страховой защиты в отношении лица, исключаемого из Списка Застрахованных, прекращается с момента получения Асситансом уведомления об исключении, но в любом случае не позднее 23 часов 59 минут дня получения Страховщиком заявления Страхователя.

13.3.4. Лицу, исключенному из списка Застрахованных, по его письменному запросу, Страховщик выдает выписку из амбулаторной карточки безвозмездно.





13.3.5. Застрахованный сотрудник имеет право застраховать членов семьи по тарифам указанным в Приложении № 1 в любой период со дня начала действия периода страховой защиты для сотрудника.

13.3.6. Страховая премия за членов семьи является единовременным платежом. В случае исключения сотрудника из списка Застрахованных, страховая премия за членов семьи возмещается пропорционально оставшемуся оплаченному периоду

13.4. Замена Застрахованного осуществляется в следующем порядке:

13.4.1. Страхователь обращается к Страховщику с Заявлением о замене Застрахованного лица (далее – предшественника) вновь включенным лицом.

13.4.2. В случае если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Ассистанса, замена Застрахованного производится Страховщиком автоматически без доплаты на нового Застрахованного.

13.4.3. После получения заявки на страхование, Страховщик в течение 3 (трёх) рабочих дней обязан изготовить виртуальные карточки и вручить их Страхователю.

13.4.4. В случае семейного прикрепления замена члена семьи в течение периода действия Договора не производится.

13.4.5. Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается с 00 часов 01 минуты дня, следующего за датой получения заявки о внесении изменений в Список Застрахованных. В данном случае, суммы страховых выплат и лимиты остаются прежними, что были у предшественника.

13.4.6. Страховая защита в отношении предшественника прекращается с 23 часов 59 минут дня получения Страховщиком заявления о замене Застрахованного. Предшественнику, исключенному из списка Застрахованных в порядке замены, по его письменному запросу, Страховщик выдает амбулаторную карточку.

В случае производственной необходимости перевод сотрудника с одной категории обслуживания на другую осуществляется путем открепления от настоящей категории обслуживания и прикреплением на переводимую категорию.

14. Порядок изменения, расторжение Договора

14.1. Внесение изменений и дополнений в настоящий Договор осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан и Стандартом.

14.2. Территорией страхования является территория Республики Казахстан и территория местонахождения Застрахованного в случае выезда за пределы Республики Казахстан.

14.3. Действие настоящего Договора прекращается в следующих случаях:

14.4. Заказчик вправе в любое время расторгнуть Договор в силу нецелесообразности его дальнейшего выполнения, направив Исполнителю соответствующее письменное уведомление. В уведомлении должна быть указана причина расторжения Договора, должен оговариваться объем аннулированных договорных обязательств, а также дата вступления в силу расторжения Договора.

14.5. Действие настоящего Договора прекращается в следующих случаях:

- 1) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;
- 2) окончания срока действия Договора страхования;
- 3) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховой премии;
- 4) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;
- 5) принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;
- 6) расторжения настоящего Договора по инициативе одной из сторон;
- 7) иных случаях, установленных законодательством Республики Казахстан.

14.6. Стороны имеют право на досрочное расторжение Договора страхования. О намерении досрочного прекращения действия Договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования.

14.7. Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страховая защита. Возврат страховых премий (взносов) при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

14.8. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы за неиспользованный период.

14.9. Договор страхования также прекращает свое действие:

14.9.1. в отношении Застрахованного, у которого страховые выплаты по Договору страхования превысили страховую сумму, установленную Программой страхования.

14.9.2. в отношении Застрахованного, в случае его смерти. О наступлении смерти Страхователь обязан уведомить Страховщика в





течение 10 (десяти) рабочих дней со дня, когда ему стало известно о наступлении данного обстоятельства.

14.9.3. в отношении Застрахованного, нарушившего условие настоящего Договора о запрете передачи виртуальной карточки третьим лицам.

15. Корреспонденция

15.1. Если по условиям Договора необходимо вести какую-либо переписку, представлять или выпускать уведомления, инструкции, согласия, утверждения, сертификаты или чьи-либо решения и, если не оговорено иным образом, то такой вид переписки осуществляется в письменной форме без необоснованных отказов и задержек.

15.2. Все документы по переписке согласно или в связи с данным Договором должны иметь реквизиты Сторон с номером Договора.

15.3. Любая корреспонденция, уведомления, отчеты, запросы, требования, утверждения, согласия, инструкции, заказы, сертификаты или другие сообщения, которые по условиям этого Договора должны выполняться в письменной форме, должны предоставляться заблаговременно и вручаться нарочно или заказным письмом с почтовым уведомлением, факсом или по электронной почте с последующим предоставлением оригинала в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения факсового/электронного варианта.

15.4. Любое сообщение, отправленное курьерской почтой, телексом, телеграммой или факсом считается (при отсутствии подтверждения более раннего получения) доставленным в момент самой передачи.

15.5. Уведомление, отправленное заказным (авиа) письмом считается доставленным при условии наличия штампа почтового отделения или курьерской службы, подтверждающего доставку почты.

16. Срок действия Договора

16.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания уполномоченными лицами Сторон и действует до 31 Декабря 2021 года, а в части взаиморасчетов до их полного завершения.

17. Обстоятельства непреодолимой силы (Форс мажор)

17.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору страхования, если они явились следствием наступления следующих обстоятельств непреодолимой силы: воздействия ядерного взрыва, отравляющих веществ, радиации или радиоактивного заражения, экологических катастроф, военных действий, гражданской войны, народных волнений, массовых беспорядков или забастовок, а также стихийных бедствий, которые Стороны не могли предвидеть и которые непосредственно повлияли на исполнение Сторонами обязательств по Договору страхования.

17.2. Стороны должны немедленно известить письменно друг друга о начале и окончании обстоятельств форс-мажора, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

17.3. Сторона, ссылающаяся на форс-мажорные обстоятельства, обязана предоставить для их подтверждения документ компетентного государственного органа.

17.4. В случае если вышеуказанные обстоятельства продолжают своё действие на протяжении 30 календарных дней, Стороны совместным решением определяют дальнейшие действия, приостанавливают или прекращают договор.

17.5. Сторона, ссылающаяся на невозможность исполнения оговора страхования по причине наступления обстоятельств непреодолимой силы, обязана уведомить об этом другую Сторону не позднее 10 (десяти) календарных дней от даты наступления события любыми возможными способами. Не извещение или несвоевременное извещение Стороной, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору, о наступлении обстоятельств, освобождающих ее от ответственности, лишает ее права ссылаться на факт наступления форс-мажорных обстоятельств.

18. Управление эффективностью деятельности поставщика

18.1. Стороны обязались в течение 10 (десяти) календарных дней с даты подписания настоящего Договора сформировать группу управления деятельностью (далее - ГУД), состоящую из представителей Сторон, уполномоченных соответствующими приказами Страховщика и Страхователя, в составе 2 (двух) человек с каждой Стороны включая председателя со стороны Страхователя.

18.2. При необходимости изменения представителей в составе ГУД, Стороны уведомляют друг друга о предстоящей замене в течение 10 (десяти) рабочих дней до начала очередного совещания.

18.3. На основании результатов мониторинга эффективности деятельности Страховщика за 2 (второй) и 5 (пятый) Отчетные периоды исполнения Договора, Покупатель может принимать решения об увеличении и уменьшении объемов услуг без ущерба праву Страхователя.

19. Порядок разрешения споров

19.1. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

19.2. Если в результате таких переговоров Стороны не смогут разрешить спор по Договору, любая из Сторон может потребовать решения этого вопроса в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, регулируются законодательством Республики Казахстан.

19.3. Настоящий Договор регулируется нормами законодательства Республики Казахстан.





20. Противодействие коррупции

20.1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны и их работники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.

20.2. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны и их работники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

20.3. Каждая из Сторон настоящего Договора отказывается от стимулирования каким-либо образом работников другой Стороны, в том числе путем предоставления денежных сумм, подарков, безвозмездного выполнения в их адрес работ (услуг) и другими способами, ставящего работника в определенную зависимость, и направленными на обеспечение выполнения этим работником каких-либо действий в пользу стимулирующей его Стороны.

20.4. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо антикоррупционных условий, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме.

20.5. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящих условий контрагентом, его работниками, выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем.

20.6. Стороны настоящего Договора признают проведение процедур по предотвращению коррупции и контролируют их соблюдение. При этом Стороны прилагают разумные усилия, чтобы минимизировать риск деловых отношений с контрагентами, которые могут быть вовлечены в коррупционную деятельность, а также оказывают взаимное содействие друг другу в целях предотвращения коррупции. Стороны обязуются обеспечить реализацию процедур по проведению проверок в целях предотвращения рисков вовлечения Сторон в коррупционную деятельность.

21. Конфиденциальность

21.1. Вся документация и информация, передаваемая и/или используемая Сторонами по настоящему Договору, является конфиденциальной и Стороны не вправе, без предварительного письменного согласия другой Стороны, передавать эту информацию третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

21.2. Страховщик соглашается, что Страхователь имеет право раскрывать АО «Самрук-Қазына» информацию по Договору, включая, но не ограничиваясь, информацию о реквизитах и деталях платежа, путем направления обслуживающими Страхователя банками-контрагентами выписок через защищенный канал передачи данных в информационно-аналитическую систему АО «Самрук-Қазына» с использованием требуемых протоколов каналов связи.

21.3. Настоящий раздел не распространяется на случаи судебного рассмотрения вопросов, относящихся к предмету Договора, в интересах их практического разрешения или в случаях, в которых такое разглашение предписывается законодательством Республики Казахстан либо осуществляется по требованию уполномоченных на то государственных органов.

22. Прочие условия

22.1. Договор составлен на русском языке в 2 (два) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. Вся относящаяся к Договору переписка и другая документация, которой обмениваются Стороны, должны соответствовать данным условиям.

22.2. Приложения № 1, 2, индивидуальные пластиковые карточки к Договору страхования являются его неотъемлемыми частями.

22.3. Сведения о наличии/отсутствии комиссионного вознаграждения не предусмотрены по Договору.

22.4. С целью упрощения проведения расчетов, предусмотренных настоящим Договором, календарный год принимается равным 365 (тремстам шестидесяти пяти) дням.

22.5. Сведения, полученные сторонами в ходе заключения Договора страхования и его исполнения, являются конфиденциальными и не подлежат разглашению третьим лицам без согласия на то другой Стороны.

22.6. Не допускается внесение каких-либо изменений и дополнений в настоящий Договор, которые могут изменить содержание условий проведенных закупок и (или) предложения, явившегося основанием для выбора Страховщика.

22.7. Ни одна из Сторон не имеет права передавать свои права и обязательства по настоящему Договору третьей стороне.

22.8. При изменении юридического адреса или реквизитов одной из сторон, соответствующая сторона обязана письменно известить об этом другую сторону не позднее 5 дней с момента изменений.

22.9. Изменения и дополнения в Договор страхования вносятся по соглашению Сторон путем заключения дополнительных соглашений в





письменной форме, которые имеют силу при условии, если они подписаны обеими сторонами.

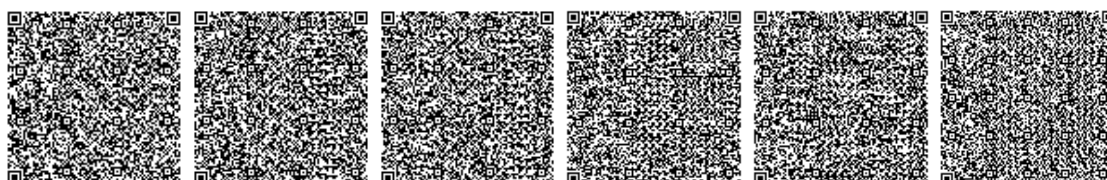
22.10. Договор составлен и регулируется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

22.11. Условием заключения договора о закупках Услуг должно являться утверждение бюджета и годового плана закупок Страхователя, в отношении которых были осуществлены процедуры закупок, касающиеся выбора поставщика.

23. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Акционерное общество "Эйр Астана"
г. Алматы, ул. Закарпатская, 4 А
БИН 010940000162
БИК HSBKZZKX
ИИК KZ366017131000017669
АО «Народный сберегательный банк Казахстана»
Тел.: +7 (727) 258-4135

БИН _____
БИК _____
ИИК _____
Тел.: _____



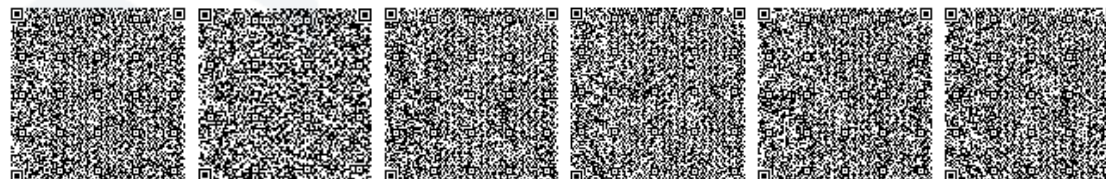


Приложение №1

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
537 У	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни, Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни	Услуги добровольного медицинского страхования работников	1.000	1.000	-		309 827 542	КАЗАХСТАН, г. Алматы, Алматы	-	с 01.2021 по 12.2021	Предоплата - 0%, Промежуточный й платеж - 100%, Окончательный платеж - 0%

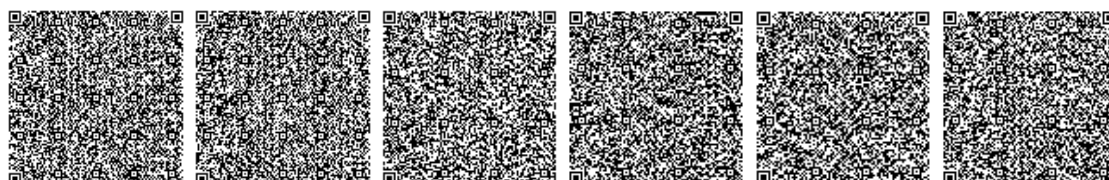




Приложение №2
к Договору

Техническая спецификация

В соответствии с технической спецификацией, размещенной в составе тендерной документации.





Приложение №3

к Договору

Приложение №3

к ДоговоруПрогнозный/Фактический расчет доли местного содержания 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	Местное содержание в товаре, в тенге	Местное содержание в договоре, %
					в единице измерения по ст.5	в денежном выражении	№	Серия	Код органа выдачи	Год выдачи	Дата выдачи	Доля местного содержания			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 (7*13/100%)	16 ($\sum 15 / \sum 7 * 100\%$)
														0,00	x
						0,00								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.

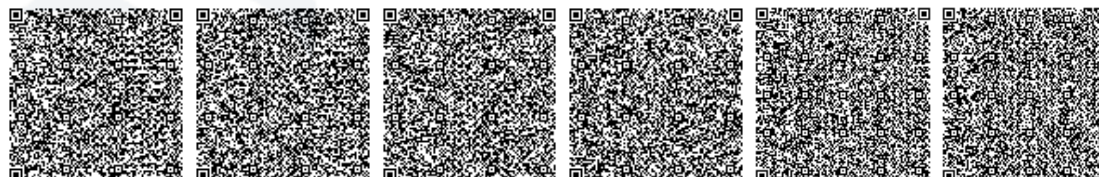
10. Код органа выдачи сертификата СТ-KZ. Пример: 650.

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 местного содержания (%) 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 договор а	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 местного содержания 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 местного содержания в договоре

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

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

