**Приложение № 8**

**к Договору добровольного**

**страхования на случай болезни**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г**.

**ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

Страховщик выполняет свои обязательства по Договору путем организации и предоставления Застрахованному медицинских услуг посредством Медицинского ассистанса.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Медицинским ассистансом, либо по решению/направлению Медицинского ассистанса в медицинских организациях, входящих в список Страховщика.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страховая компания | Менеджер по страхованию  ФИО | Контакты, эл адрес, WhatsApp | с 09.00 -18.00 в рабочие дни |
| Медицинский ассистанс  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Медицинский координатор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Контакты, эл адрес, WhatsApp | с 09.00 -18.00 в рабочие дни |
| Семейный врач \_\_\_\_\_\_ | Контакты, эл адрес, WhatsApp | с 09.00 -18.00 в рабочие дни |
| Скорая помощь Мед Ассистанса | Контакты, эл адрес, WhatsApp | круглосуточно |
| Круглосуточная диспетчерская служба | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Контакты, эл адрес, WhatsApp | круглосуточно |
| Медицинский ассистанс за рубежом | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Контакты, эл адрес, WhatsApp | круглосуточно |

**1. При любом обращении в круглосуточную диспетчерскую службу** Страхователь/Застрахованный должен сообщить следующую информацию:

* Наименование Страховой компании
* Наименование Страхователя
* Номер медицинской пластиковой карточки
* Фамилию Имя Отчество

**2. При обращении Страхователя/Застрахованного за медицинскими услугами** к семейному врачу, в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика Страхователь/Застрахованный обязан предъявить медицинскую пластиковую карточку и документ, удостоверяющий личность.

**Исключение:** до момента получения медицинской пластиковой карточки Застрахованным, основанием для предоставления медицинских услуг, является предъявление семейному врачу/врачу из Списка Страховщика удостоверения личности и устное сообщение наименования Страхователя.

* 1. **Виды и объем лечения**, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств, решение о госпитализации – определяется/принимается семейным врачом и/или врачом специалистом, на основании и в соответствии с Программой страхования Застрахованного .
  2. **При получение любых медицинских услуг Страхователь/Застрахованный обязан** своей подписью на бланке направления, рецептурном бланке (при получении лекарственных средств), заказ-наряде (при получение услуг по стоматологии), калькуляционном листе, регламенте покрытия (при стационарном лечение), подтвердить факт получения им медицинских услуг;
  3. **Медицинское обслуживание детей** осуществляется в амбулаторно-поликлиническом и стационарном режиме.
  4. **Для получения справочной информации**по работе врачей – специалистов (график работы, адрес и телефон медицинских организаций), информации по страховой программе, лимитам и расходам, Страхователь/Застрахованный должен обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам указанным на его медицинской пластиковой карточке.
  5. **Для получения услуг скорой медицинской помощи**:

1. Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке либо по прямому телефону скорой помощи Медицинского ассистанса;
2. В случае, если Застрахованному, по решению врача, необходима стационарная медицинская помощь, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика;
3. В случае если, Застрахованному по решению врача, необходима экстренная медицинская помощь на дому, врач предоставляет ее и передает, информацию о состоянии Застрахованного Семейному врачу для дальнейшей организации и контроля тактики лечения Застрахованного;

*При этом ВАЖНО ЗНАТЬ ЧТО:*

*выезды бригад скорой медицинской помощи делятся на четыре категории. В связи с этим распределено*[*время*](http://today.kz/news/meditsina/2017-08-16/748281-skoraya-pomosch-v-rk-nachala-rabotat-po-novyim-pravilam/)*прибытия:*

*– Первая категория. Потенциальная угроза жизни,* *требующая оказания немедленной* *медицинской помощи (10 минут) – только вызов 103;*

*– Вторая и третья категории. Непосредственная угроза жизни без медпомощи (15 и 30 минут)- только вызов 103;*

*– Четвертая категория. Обострения хронических заболеваний (60 минут) – вызов 103 и скорая помощь Медицинского ассистанса тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

* 1. **Вызов семейного врача (терапевта/педиатра) на дом/рабочее место:**

1. При возникновении у Застрахованного угрожающих для жизни состояний, а

также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства:

* + выраженный болевой симптом, травматические поражения, шоковые состояния;
  + высокая температура тела (выше 39 градусов С), судороги;
  + потеря сознания, удушье;
  + симптомы изменения артериального давления;
  + кровотечения;
  + другие состояния, когда, с точки зрения врача, Застрахованный не может обратиться в поликлинику самостоятельно.

1. Застрахованный должен вызывать через круглосуточную диспетчерскую службу семейного врача на дом или на рабочее место в период с 9.00 до 18.00 местного времени в рабочие дни недели, в иное время - дежурных врачей Медицинского ассистанса.
2. Семейный врач обязан явиться на дом/рабочее место к Застрахованному в день поступления вызова.
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, направления на лабораторно-инструментальные методы исследования, направления на госпитализацию, выписка рецептов на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.
4. **Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по экстренным показаниям:**
5. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма. В не рабочее время и выходные дни, Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке.
6. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, семейный врач самостоятельно устанавливает Застрахованному диагноз и осуществляет комплекс мероприятий необходимых для устранения угрожающих для жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства, либо может направить Застрахованного (т.е. выписать направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг в экстренном порядке:

* первичную консультацию врача специалиста;
* однократное проведение лабораторно-инструментальных исследований, УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика и другие исследования в рамках Программы страхования.;
* проведение лечебных мероприятий/манипуляций, направленных необходимых для устранения угрожающих жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;

1. В случае если объем оказываемых мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, недостаточный для устранения угрожающих жизни, здоровью/экстренных состояний, Застрахованного   госпитализируют в экстренном порядке по направлению семейного врача в соответствующую медицинскую организацию из списка Страховщика.
2. В случае положительного эффекта проводимых лечебных мероприятий/манипуляций, семейный врач открывает Застрахованному лист временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности).
3. Повторные консультации семейных врачей, врачей специалистов и дальнейшие необходимые лабораторно-диагностические исследования, связанные с выяснением причины возникновения экстренного состояния, лечением его последствий, а также продление/закрытие листа временной нетрудоспособности, предоставляются Застрахованному по категории амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям. При отсутствие данной категории в программе страхования, Застрахованный оплачивает эти услуги самостоятельно.
4. **Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по лечебным показаниям:**
   1. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
   2. Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования Застрахованного.
   3. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно или в случае необходимости направляет Застрахованного (т.е. выписывает направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг:

* консультации врачей специалистов;
* проведение лабораторно-инструментальных исследований;
* проведение лечебных мероприятий/манипуляций;
* госпитализация;
* получение лекарственных средств.
  1. Застрахованный должен извещать семейного врача о результатах посещения медицинских организаций и врачей и предоставлять копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг.
  2. Все результаты посещений фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного и на основании этих сведений, семейный врач выписывает Застрахованному:
  + направление на получение назначенных медицинских услуг (процедуры, манипуляции и т.д.);
  + рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами;
  1. Получение медицинских услуг/лекарственных средств, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение лекарственных средств и т.д.), а также повторный приём узкого специалиста, осуществляется Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача.
  2. Семейный врач обязан обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими организациями из Списка Страховщика, которые в соответствии с законодательством РК, вправе выдавать данные документы.
  3. **Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований:**

1. Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
2. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
3. Семейный врач на основании данных первичного осмотра и/или результатов осмотра врачей специалистов, выписывает Застрахованному направление в организации из списка Страховщика на необходимые лабораторно-инструментальные исследования.
4. Основанием, для прохождения Застрахованным лабораторно-инструментальных исследований является направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выписанное семейным врачом.
5. Застрахованный обязан предоставить семейному врачу результаты исследований. Предоставленные результаты фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного.
   1. **Предоставление лекарственных средств:**
6. Предоставление лекарственных средств, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и строго в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
7. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выданный семейным врачом.
8. Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Медицинского ассистанса, а в случае отсутствия в аптеке Медицинского ассистанса необходимых лекарственных средств, в одну из аптек входящих в список Страховщика
9. В экстренных случаях, Застрахованный имеет право самостоятельно приобрести лекарственные препараты по рецепту семейным врача в любой аптеке в пределах собственного лимита по медикаментам. 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 чека, с указанием выданных медикаментов и печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для компенсации произведенных расходов.
10. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами, в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня предъявления Застрахованным в Медицинский ассистанс (семейному врачу или региональному представителю ассистанса) всех подтверждающих документов.

14. **Предоставление услуг по стоматологии**:

1. Предоставление услуг по стоматологии, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
2. .Для получения стоматологической помощи Застрахованный имеет право обратиться в любую стоматологическую клинику, входящую в список Страховщика, как самостоятельно, так и через круглосуточную диспетчерскую службу/семейного врача.
3. При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта, а также зубная формула.
4. Обращение Застрахованного в стоматологическую клинику, не входящую в список Страховщика возможно только в экстренных случаях – при острой зубной боли. При этом Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (оригинал фискального кассового чека, акт выполненных работ (заказ-наряд) с печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для возмещения. Возмещение осуществляется в размере понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.
   1. **Предоставление услуг стационарного лечения (госпитализация):**

Объем и качество услуг стационарного лечения контролируется семейным врачом Медицинского ассистанса.

1) **госпитализация по экстренным показаниям**

1.1.Осуществляется:

* по направлению врача скорой медицинской помощи Медицинского ассистанса или семейного/доверенного врача из Списка Страховщика;
* бригадой государственной службы **скорой помощи;**
* **самостоятельно - при отсутствие объективной воз**можности получить направление, Застрахованный имеет право на экстренную госпитализацию.

1.2. Застрахованного госпитализируют в отделение экстренной помощи.

1.3. После оказания экстренной помощи, Застрахованного могут перевести для дальнейшего лечения в другие отделения этого жемедицинского учреждения, либо другое медицинское учреждение по рекомендации сотрудников Медицинского ассистанса.

1.4. В случае самостоятельной госпитализации по экстренным показаниям Застрахованный, либо его представитель, оплачивают госпитализацию самостоятельно, с последующим предоставлением подтверждающих документов. Страховщик возмещает расходы в размере понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

2) **госпитализация по плановым показаниям**

2.1.Застрахованный должен обратиться к семейному врачу или к доверенным врачам из Списка Страховщика по номеру телефона, указанному на медицинской пластиковой карточке.

2.2.Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого он выдает Застрахованному направление на госпитализацию, в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту, для решения вопроса о необходимости госпитализации.

2.3.Врач–специалист, проводит обследование Застрахованного, при необходимости госпитализации, выдает Застрахованному заключение с соответствующей рекомендацией или делает запись в амбулаторной карте Застрахованного.

2.4.Согласно заключению от врача-специалиста семейный врач выписывает на фирменном бланке Медицинского ассистанса направление на госпитализацию Застрахованного в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика.

2.5.Необходимость и решение об осуществление плановой госпитализации, а также все вопросы, связанные с плановой госпитализацией Застрахованного в стационар, решаются семейным врачом Медицинского ассистанса.

2.6. Страховщик покрывает расходы, связанные с лечением заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации.

* 1. **Допускается получение медицинских услуг в медицинских организациях у врачей из Списка Страховщика без направления семейного врача.**

1. Если из документов, предоставленных медицинскими организациями, будет установлено, что Застрахованный не имел объективной возможности обратиться к семейному врачу для получения направления:

а) по состоянию здоровья (например: необходимость экстренной помощи (исключение госпитализации);

б) по территориальной удаленности (например: отсутствие в населенном пункте семейного врача/медицинского координатора).

2. В течение 24-часов, с момента обращения за медицинской услугой без направления семейного врача Застрахованный обязан уведомить круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, с целью получения направления от семейного врача.

3. В случае несвоевременного уведомления Застрахованным круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса, т.е. позднее 24 часов с момента обращения за медицинской услугой, Застрахованный и/или родственники Застрахованного, должен(ы) уведомить об этом Медицинский ассистанс в письменной форме не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты начала получения Застрахованным медицинских услуг. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.

4. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 18.3. настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере:

- понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования;

**17. Допускается обращение Застрахованного в медицинские организации, не указанные в Списке Страховщика:**

1. По направлению семейного врача при объективной невозможности получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика (отсутствие необходимых специалистов, аппаратуры и т.д.) по согласованию с круглосуточной диспетчерской службой медицинского Ассистанса. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.

2. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере понесенных расходов, но не более лимита установленного Программой страхования.

**18**. **Оформление Застрахованным договора добровольного страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан.**

* + 1. Договор страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, оформляется в случае наличия данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного;

Для оформления договора страхования лиц, выезжающих за границу, Застрахованный должен заполнить заявления Страхователя на заключение договора страхования лиц, выезжающих за границу и направить на электронный адрес Страховщика (Менеджера страхования). Застрахованный должен заполнить заявление за 3 (трое) суток и предупредить Страховщика о предполагаемой поездке с указанием страны временного пребывания, количества дней пребывания за границей, а также предоставить копию паспорта лица, выезжающего за границу.

* + 1. Страховщик оформляет договор страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан н в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. Договор(а) страхования лиц, выезжающих за границу по согласованию с Застрахованным доставляется в офис Страхователя либо предоставляется Застрахованному в офисе Страховщика.