Приложение № 4

к Договору о закупках услуг медицинского страхования работников

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Список застрахованных лиц**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | ФИО | **Дата и год рождения** | **Место жительства** | **Программа страхования** | **ИИН** | **Основной застрахованный или член семьи (степень родства)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |

**Должность Должность**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО**

Приложение №5

к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года   
№ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Размеры начисления общей страховой премии и страховой суммы**

На страхование принимаются \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) сотрудников по программе №11

Страховая сумма на одного работника по программе №11 составляет - (\_\_\_\_\_\_\_) тенге

Расчет по факту:\_\_\_\_\_ (работников) \* \_\_\_\_\_\_ тенге (страховая сумма) = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Один миллиард шестьдесят два миллиона) тенге.

**Фактическая страховая сумма по Договору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.**

**Расчет страховой премии**

Страховая премия на одного работника по программе №11 составляет - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

Расчет по факту:\_\_\_\_\_\_ (работников) \*\_\_\_\_\_\_\_ тенге (страховая премия) = \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

**Фактическая сумма страховой премии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.**

**Страховая премия за членов семьи (согласно условиям программы) прикрепляемых на платной основе составляет - \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) тенге.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь:** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО.** |

Приложение № 6

к Договору о закупках услуг медицинского страхования работников

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Список лечебно-профилактических учреждений по Республике Казахстан**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Наименование медицинского учреждения/ЛПУ** | **Статус клиники (собственная клиника или клиника с доверенным врачом)** | **№ лицензии на оказание медицинских услуг** | **Статус аккредитации в рамках ГОБМП и ОСМС (да/нет)** | **Адрес (город, улица, № здания)** | **Телефон клиники (с кодом города)** | **ФИО и телефон главного или доверенного врача (при необходимости № кабинета)** | **Контактные данные диспетчеров-регистраторов колл-центров (наличие одного кол-центра в одном регионе, не ниже областного центра)** |
| **Регион обслуживания: г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Должность Должность**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО**

Приложение №7 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«УТВЕРЖДАЮ»**  **от лица Страхователя -**  **АО/ТОО «\_\_\_\_\_\_»**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**  ИНН/БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: (телефон исполнителя) \_\_\_\_\_\_ |  | **«УТВЕРЖДАЮ»**  **от лица Страховщика**  **должность**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО**  ИНН/БИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ**

по закупкам поставленных товаров (выполненных работ, оказанных услуг)

**наименование товаров (выполненных работ, оказанных услуг)**

**по Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

**г. Астана Дата составления Акта**

Настоящий акт составлен о том, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Страховщик), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поставил (выполнил, оказал), а АО/ТОО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (Страхователь) принял, в лице нижеподписавшихся представителей Страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование товаров, работ/услуг)

Стоимость поставленных товаров (выполненных работ, оказанных услуг) по данному акту согласно Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ (прописью) тенге.

Факт поставки товаров (выполнения работ, оказания услуг) подтверждается прилагаемым Актом о соответствии требованиям технической спецификации поставленных товаров (выполненных работ, оказанных услуг).\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование**  **поставленных товаров (выполненных работ,**  **оказанных услуг)** | **Дата выполнения работ (оказания услуг)** | **Сведения об отчете о научных исследованиях, маркетинговых, консультационных и прочих услугах** | **Ед. изм\*\*\*** | **Кол-во\*\*\*** | **Цена за ед,**  **тенге\*\*\*** | **Сумма,**  **тенге** |
| 1 | Общая стоимость Договора |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Фактически поставлено: |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (дата, номер, количество страниц) |  |  |  |  |
| 2.2 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | (дата, номер, количество страниц) |  |  |  |  |
| 3 | Ранее заактированные суммы по поставленным товарам (выполненным работам, оказанным услугам) |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Сумма неустойки  за нарушение Поставщиком обязательств по Договору, в том числе: |  |  |  |  |  |  |
| За просроченные дни |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Сведения об использовании запасов, полученных от Страхователя |  |  | (наименование, количество, стоимость) | | | |

Приложение: перечень прилагаемых документов согласно договору о закупках (наименования всех дополнительных документов, в том числе отчет(ы) о маркетинговых, научных исследованиях, консультационных и прочих услугах (обязательны при его (их) наличии) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ страниц).

**Страховщик: Страхователь:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **«УТВЕРЖДАЮ»**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Руководитель**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**  **«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г**. |

**Акт о соответствии требованиям технической спецификации выполненных работ (оказанных услуг, поставленных товаров)\*\***

**по Договору №\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование выполненных работ (оказанных услуг, поставленных товаров)** | **Техническая характеристика** | **Объем работ** | **Результат соответствия** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Страхователь:**  **АО «Самрук-Қазына»** |

* По актируемым товарам (работам/услугам), где НДС не предусмотрен – указывается, что НДС не облагается/НДС не предусмотрен.
* \*\* По актируемым товарам (работам/услугам), где договором техническая спецификация не предусмотрена – данный пункт может быть удален, соответственно Акт о соответствии требованиям технической спецификации не оформляется.
* \*\*\* Данные пункты Акта оформляются в соответствии с заключенным договором.
* \*\*\*\* В данном пункте указывается сумма к оплате Поставщику на день утверждения Акта.
* \*\*\*\*\* По договорам поставки товаров (выполнения работ, оказания услуг), где имеется многочисленные наименования товаров (работ/услуг) факт поставки товаров подтверждается дополнительной расшифровкой/накладной с подписями Сторон. Расшифровка подписывается ответственным руководителем Инициирующего департамента. Накладная подписывается материально ответственным лицом. В Акте обязательно указывается ссылка с указанием наименования дополнительного документа.

Приложение № 8

к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**РЕГЛАМЕНТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Организация оказания медицинских услуг и медицинской помощи осуществляется медицинским ассистансом Страховщика – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

При возникновении заболевания, а также для получения информации по всем вопросам медицинского обслуживания необходимо обратиться в Сall-центр, контактные телефоны которого указаны на медицинской пластиковой карточке и приведены ниже:

* **Круглосуточно \_\_\_\_\_\_** (из любого региона бесплатно, в т.ч. со стационарного телефона)

**По городу Нур-Султан (дополнительно)**

В рабочие дни с 09:00 до 20:00, в субботу с 09:00 до 17:00, тел: \_\_\_\_\_\_\_

**По городу Алматы (дополнительно) –** круглосуточно

тел: \_\_\_\_\_\_\_

**По городу Атырау (дополнительно) -** в рабочие дни с 08:00 до 20:00,

тел: \_\_\_\_\_\_\_

**В остальных регионах в рабочее время обращаться к семейному врачу**

* В случае если Застрахованному **неотложно** **требуется медицинская помощь** (*симптомы экстренного состояния - высокая температура, острая боль, травма и др.*) координатор круглосуточного Call-центра проводит опрос Застрахованного (анамнез заболевания) или представляющего его лицо с целью оценки состояния Застрахованного:
* если Застрахованному требуется экстренная медицинская помощь[[1]](#footnote-1), координатор вызывает государственную службу скорой медицинской помощи (СМП) - «103» и осуществляет мониторинг отработки вызова бригадой СМП. Специалист Call-центра передает актив выездной службе врачей для дальнейшей координации оказания медицинской помощи пациенту и, в случае необходимости, предоставления дополнительной медицинской помощи Застрахованному.
* если Застрахованный вызвал (Застрахованному была вызвана) государственную СМП («103») самостоятельно, то в возможно кратчайшие сроки Застрахованному или лицу, его представляющему, необходимо оповестить координатора Сall-центра для контроля дальнейших действий и направления, в случае необходимости, выездной службы врачей.
* если Застрахованному требуется неотложная медицинская помощь[[2]](#footnote-2) (кроме медицинской помощи в экстренных состояниях, покрываемых за счет ГОБМП), то координатор передает актив выездной службе врачей.
* **Запись на прием семейного врача**. Для получения медицинских услуг в клиниках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и Участников медицинской сети Застрахованному следует обратиться на прием к семейному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Запись к семейному врачу осуществляется через Call-центр. Если у Застрахованного по состоянию здоровья нет возможности посетить семейного врача в клинике, то Застрахованный может вызвать врача на дом, позвонив в Call-центр.
* **При посещении врача** в клиниках Участников медицинской сети необходимо предъявить страховую карточку и документ, удостоверяющий личность.
* В городах Нур-Султан и Алматы, г.Атырау после первичного посещения семейного врача направления на консультации узких специалистов, рецепты на получение лекарственных препаратов, выписки направления на проведение лабораторно-диагностических исследований по рекомендации врача, выписываются специалистами компании \_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Адреса клиник: в г.Нур-Султан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в г. Алматы - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, часы работы с 08:00 до 20:00

* в г.Атырау – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Выписанные направления на получение медицинских услуг действительны в течение 10 дней. После получения медицинской услуги Застрахованный расписывается в направлении в графе «Подпись Пациента», напротив стоимости каждой услуги, подтверждая своей подписью получение медицинских услуг в указанном лечебном учреждении.
* **Госпитализация** Застрахованного осуществляется по направлению семейного врача только после согласования с координатором, который предварительно проводит поиск места в профильном стационаре в соответствии с программой страхования. Согласование с координатором осуществляется по обращению в Call-центр. В городах Нур-Султан, Алматы, Атырау согласование госпитализации может быть также осуществлено по обращению в Отдел по работе с клиентами.

В случае самостоятельной экстренной госпитализации Застрахованному или лицу, его представляющему, необходимо известить Call-центр в течение 24 часов с момента госпитализации для дальнейшего контроля лечения.

* **Приобретение медикаментов** за счет страхового покрытия осуществляется по рецепту семейного врача/врача-координатора, выписанному на специальных фирменных бланках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с личной печатью врача.

Медикаменты по рецепту врача приобретаются в аптеках из списка Страховщика. Рецептурный бланк действителен в течение 7 дней. Если в течение указанного периода лекарственные препараты не были получены в аптеке, необходимо вернуть рецептурный бланк для восстановления суммы исходного лимита:

* в городах Нур-Султан, Алматы - специалисту Отдела по работе с клиентами или семейному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* в городе Атырау – координатору \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* в других регионах – семейному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Стоматологическая помощь.** Застрахованный может обратиться в любую аккредитованную стоматологическую клинику из списка Страховщика. После получения стоматологической помощи необходимо расписаться в акте выполненных работ врача стоматолога напротив стоимости каждой услуги. Подпись клиента является подтверждением получения услуг на указанную в документах сумму.
* **При возникновении перерасхода средств** по опциям с установленным Программой страхования лимитом необходимо возместить сумму перерасхода \_\_\_\_\_\_\_\_ в течение 10 рабочих дней с момента получения уведомления.

*Все замечания или предложения по медицинскому обслуживанию*

*Вы можете направлять по электронному адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Страховщик: Страхователь:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО.**

Приложение № 9 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Табель досрочного прекращения Договора страхования**

**(начисления страховой премии)**

|  |  |
| --- | --- |
| Количество дней по страховой защите | % от страховой премии |
| 1 | 5 |
| 2 | 6 |
| 3-4 | 7 |
| 5-6 | 8 |
| 7-8 | 9 |
| 9-10 | 10 |
| 11-12 | 11 |
| 13-14 | 12 |
| 15-16 | 13 |
| 17-18 | 14 |
| 19-20 | 15 |
| 21-22 | 16 |
| 23-25 | 17 |
| 26-29 | 18 |
| 30-32(1 месяц) | 19 |
| 33-36 | 20 |
| 37-40 | 21 |
| 41-43 | 22 |
| 44-47 | 23 |
| 48-51 | 24 |
| 52-54 | 25 |
| 55-58 | 26 |
| 59-62 | 27 |
| 63-65 | 28 |
| 66-69 | 29 |
| 70-73 | 30 |
| 74-76 | 31 |
| 77-80 | 32 |
| 81-83 | 33 |
| 84-87 | 34 |
| 88-91(3месяца) | 35 |
| 92-94 | 36 |
| 95-98 | 37 |
| 99-102 | 38 |
| 103-105 | 39 |
| 106-109 | 40 |
| 110-113 | 41 |
| 114-116 | 42 |
| 117-120 | 43 |
| 121-124(4 месяца) | 44 |
| 125-127 | 45 |
| 128-131 | 46 |
| 132-135 | 47 |
| 136-138 | 48 |
| 139-142 | 49 |
| 143-146 | 50 |
| 147-149 | 51 |
| 150-153(5месяцев) | 52 |

|  |  |
| --- | --- |
| Количество дней по страховой защите | % от страховой премии |
| 154-156 | 53 |
| 157-160 | 54 |
| 161-164 | 55 |
| 165-167 | 56 |
| 168-171 | 57 |
| 172-175 | 58 |
| 176-178 | 59 |
| 179-182(6месяцев) | 60 |
| 183-187 | 61 |
| 188-191 | 62 |
| 192-196 | 63 |
| 197-200 | 64 |
| 201-205 | 65 |
| 206-209 | 66 |
| 210-214(7месяцев) | 67 |
| 215-218 | 68 |
| 219-223 | 69 |
| 224-228 | 70 |
| 229-232 | 71 |
| 233-237 | 72 |
| 238-241 | 73 |
| 242-246(8месяцев) | 74 |
| 247-250 | 75 |
| 251-255 | 76 |
| 256-260 | 77 |
| 261-264 | 78 |
| 265-269 | 79 |
| 270-273(9месяцев) | 80 |
| 274-278 | 81 |
| 279-282 | 82 |
| 283-287 | 83 |
| 288-291 | 84 |
| 292-296 | 85 |
| 297-301 | 86 |
| 302-305(10 месяцев) | 87 |
| 306-310 | 88 |
| 311-314 | 89 |
| 315-319 | 90 |
| 320-323 | 91 |
| 324-328 | 92 |
| 329-332 | 93 |
| 333-337(11месяцев) | 94 |
| 338-342 | 95 |
| 343-346 | 96 |
| 347-351 | 97 |
| 352-355 | 98 |
| 356-360 | 99 |
| 361-365(12 месяцев) | 100 |

**Страховщик: Страхователь:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО.**

Приложение № 10 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**отчет №1 об использовании медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата обращения | Номер карты | Полное имя | Статус застрахованного (Работник или член семьи) | Медучреждение | Тип обращения | Регион | Общая сумма |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**отчет №2 об УБЫТОЧНОСТИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Общая информация по договору страхования** | | | | | | | | | | | | | | |
| Страхователь. Наименование Портфельной компании | |  | | | | | | | | | | | | |
| Страхщик. Наименование Страховой компании | |  | | | | | | | | | | | | |
| Данные по договору (№, дата заключения) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Срок действия договора страхования | |  | | | | | | | | | | | | |
| Период, за который предоставляется отчет (период действия договора страхования) | |  | | | | | | | | | | | | |
| **2. Отчет по убыточности** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Доходы** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Страховая премия по договору за период страхования, в тенге** | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Общая страховая премия, начисленная по договору за отчетный период, в тенге** | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Текущее количество Застрахованных** | | **Сотрудники** | |  | **Члены семей** | |  | **Итого** | |  | | | |
| **Средняя страховая премия на 1-го Застрахованного за отчетный период, в тенге** | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Средняя сумма расходов на 1-го Застрахованного за отчетный период, в тенге** | | | | **0** | | | | | | | | | |
| **Расходы** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Медицинские расходы** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **№** | **Виды медицинских услуг** | **Обращения, количество** | | | **Сумма расходов, тенге** | | | | | | | | **Итого, расходы, в тенге** | | | |
| **Сотрудники** | **Члены семей** | **Итого** | **Сотрудники** | **Члены семей** | | | **Итого** | | |  | | | |
| 1 | Амбулаторно поликлинические услуги |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Стационарные услуги |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Ведение беременности |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | Стационарные услуги, роды |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 5 | Стоматологические услуги |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 6 | Медикаменты |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 7 | Вакцинация от гриппа |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 8 | Другие виды медицинских услуг |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| **Всего, медицинские расходы за период страхования** | |  |  |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| **Административные расходы по обеспечению договора страхования за отчетный период, в тенге (не более 15% от общей страховой премии, начисленной за отчетный период)** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **ИТОГО, расходы по договору за отчетный период, в тенге** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Убыточность (-), рентабельность (+) договора, в %** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Коэффициент убыточности договора\*, в %** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Средняя сумма расходов на 1-го Застрахованного за отчетный период, в тенге** | | | | | | | | | | | | | **0** | | | |

Приложение № 11 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основания освобождения Страховшика от осуществления страховой выплаты**

Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи (если иное не предусмотрено программой страхования (Приложение № 2 к Договору) в связи:

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

* + 1. туберкулез, саркоидоз, полиомиелит и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;
    2. венерические заболевания и все заболевания, передающиеся половым путем;
    3. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
    4. врожденные и приобретенные аномалии и пороки развития, в том числе, лечение искривления носовой перегородки с косметологической, пластической;
    5. деформирующие остеоартрозы, лечение;
    6. лечение острых, хронических гепатитов и циррозов печени, болезни Крона, хронической печеночной недостаточности и её осложнений (включая, но не ограничиваясь: кожный зуд, гипербилирубинемия, печёночная кома);
    7. доброкачественные и злокачественные новообразования органов и тканей, а также обусловленные ими осложнения, в том числе лечение псевдоэрозий и эрозий шейки матки (за исключением случаев, прямо угрожающих жизни и здоровью Застрахованного); гиперпластические процессы любой локализации, разрастания лимфоидной ткани (включая, но не ограничиваясь: аденоиды.);
    8. заболевания эндокринной системы: сахарный и несахарный диабет и его осложнения;
    9. бронхоэктатическая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, эмфизема легких;
    10. синдром Лериша;
    11. особо опасные инфекции, включая, но не ограничиваясь: натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, брюшной тиф, туляремия, сап, миелоидоз, легионеллез, оспа, гемморрагические лихорадки, энцефалиты;
    12. глазные болезни: демодекоз, массаж век и биостимуляция глазного яблока, ~~косоглазие~~, катаракта, глаукома, птеригиум, халязион, возрастная макулярная дегенерация сетчатки, а также ее лечение препаратом «Луцентис»;
    13. психические заболевания и их осложнения, а также различные травмы и соматические состояния, возникшие в связи с заболеваниями психической природы;
    14. экстрапирамидные и другие двигательные нарушения нервной системы;
    15. аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит);
    16. эпилепсия, демиелинизирующие заболевания нервной системы, гиперкинетические синдромы, неврозы навязчивых состояний, тики, энкопрез, тетания, каталепсия и другие группы неврозов;
    17. ожирение, дефицит веса;
    18. миокардит Абрамова – Фидлера; заболевания, требующие внедрения искусственного водителя ритма, синдром WPW;
    19. хронические заболевания в стадии ремиссии;
    20. заболевания, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения (согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526);
    21. кардиомиопатия, СREST-синдром, терапия постинфарктного кардиосклероза;
    22. паразитарные заболевания (в том числе гельминтозы), инфекционно-паразитарные заболевания, перечень которых предусмотрен Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения».

**2. со следующими методами диагностики и лечения:**

1. иридо-, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, мануальная диагностика, энергоинформатика, гирудотерапия, исследование по Фоллю, иглорефлексотерапия, грязелечение, , подводная, «сухая вытяжка» позвоночника, гемоферез, УФО крови, гидроколонотерапия, циркулярный и другие виды душа, жемчужные и другие виды ванн, грязелечение, подводный массаж, биомеханическое вытяжение, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, лечение с применением лазерного излучения, включая лазерную литотрипсию;
2. пластические операции, все виды протезирования и косметология; виды лечения, связанные с устранением косметических и иных недостатков внешности и телесных аномалий, изменение формы либо структуры носовых перегородок; проведение с этой целью челюстно-лицевых оперативных вмешательств;
3. ортодонтия, протезирование;
4. лечение хронического парадонтита, требующего использования любого хирургического метода (кюретаж и другие);
5. лечение ортодантических нарушений;
6. протезирование зубов и подготовка к нему;
7. применение лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодантическими конструкциями;
8. лечение аномалий развития и роста зубочелюстной системы;
9. изменение массы тела (хирургическое и/или медикаментозное); хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;
10. стерилизация, подбор методов контрацепции (в том числе, введение и удаление внутриматочной спирали);
11. эндопротезирование, аортокоронарное шунтирование, стентирование, коронарография, включая диагностику и все сопутствующие исследования, необходимые для их проведения,
12. лазерная и иная коррекция зрения.
13. диагностика и лечение импотенции, бесплодия;

**3. со следующими обстоятельствами:**

1. травмы, ожоги, отравления, полученные в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
2. попытка самоубийства;
3. умышленное нанесение телесных повреждений самому себе;
4. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;
5. травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в результате совершения Застрахованными умышленного преступления;
6. заболевания, травмы и другие повреждения организма, связанные с выделением ядерной энергии, радиоактивным облучением и/или их последствиями.
7. травмы, полученные Застрахованными при управлении каким бы то, ни было транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения ~~в~~ (а также в том случае, если Застрахованный передал управление лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшему соответствующих документов);
8. 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;
9. заболевания, травмы и другие повреждения организма, произошедшие в период действия Договора страхования, но явившиеся прямым следствием военных действий, войны, оккупации территории, акта агрессии, вооруженных инцидентов (независимо от того, была ли объявлена война), забастовки, локаута, общественных беспорядков;
10. состояния, явившиеся следствием опасных увлечений Застрахованных: прыжки с парашютом, воздухоплавание, авторалли, скалолазание, рафтинг, альпинизм, серфинг, скейтбординг, дельта-, парапланеризм, автомобильные и мотогонки, верховая езда, регби, силовые виды спорта (тяжелая атлетика), спелеотуризм, родео, гонки на роликовых досках, мотоспорт;
11. медицинские расходы, связанные с санаторно-курортным лечением;
12. расходы, связанные с приобретением металлоконструкций, имплантов, протезов для проведения реконструктивных и других видов операций – с целью лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;
13. расходы, связанные с приобретением товаров медицинского назначения, предназначенные для реабилитации и ухода за больным;
14. расходы, связанные с использованием, ремонтом и подгонкой корригирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, оправ, слуховых устройств, слуховых имплантатов);
15. расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта, диетолога, логопеда, услугами по планированию семьи.

16. на медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения на ношение оружия, получения водительских прав, оформления справок о состоянии здоровья для выезда за рубеж за исключением случаев, предусмотренных Договором.

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

* контрацептивные препараты;
* хондропротекторы;
* противотуберкулезные препараты;
* косметические средства;
* анорексантные препараты;
* иммуномодуляторы, иммунодепрессанты.

Приложение № 12 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года № \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Банковская гарантия**

(форма обеспечения исполнения договора о закупках)

Наименование банка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   (наименование и реквизиты банка)

Кому: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты Страхователя)

**Гарантийное обязательство № \_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (место нахождения) | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года |

Принимая во внимание, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый

(наименование Исполнителя/ Подрядчика)

в дальнейшем «Исполнитель/ Подрядчик», заключил договор о закупках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ года №\_\_\_\_\_ (далее - Договор)

(описание услуг/ работ)

и вами было предусмотрено в Договоре, что Исполнитель/ Подрядчик внесет обеспечение его исполнения в виде банковской гарантии на общую сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование банка)

подтверждаем, что являемся гарантом по вышеуказанному Договору и берем на себя безотзывное обязательство выплатить вам по вашему требованию сумму неустойки/штрафа начисленную Исполнителю/ Подрядчику за нарушение исполнения им договорных обязательств и возникшие в связи с этим убытки, на общую сумму не более суммы настоящего обеспечения по получении вашего письменного требования об оплате, а также письменного подтверждения того, что Исполнитель/ Подрядчик нарушил исполнение договорных обязательств.

Настоящее гарантийное обязательство вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения Исполнителем/ Подрядчиком своих обязательств по Договору.

Все права и обязанности, возникающие в связи с настоящим гарантийным обязательством, регулируются законодательством Республики Казахстан.

**Подпись и печать гаранта Дата и адрес**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение № 13 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года

№ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Табель начисления страховой премии

|  |  |
| --- | --- |
| Количество дней по страховой защите | % от страховой премии |
| До 3 месяцев | 40 |
| От 3 месяцев и одного дня до 4 месяцев включительно | 50 |
| От 4 месяцев и одного дня до 5 месяцев включительно | 60 |
| От 5 месяцев и одного дня до 6 месяцев включительно | 70 |
| От 6 месяцев и одного дня до 7 месяцев включительно | 75 |
| От 7 месяцев и одного дня до 8 месяцев включительно | 80 |
| От 8 месяцев и одного дня до 9 месяцев включительно | 85 |
| От 9 месяцев и одного дня до 10 месяцев включительно | 90 |
| От 10 месяцев и одного дня до 11 месяцев включительно | 95 |
| От 11 месяцев и одного дня до 12 месяцев включительно | 100 |

Приложение № 15 к Договору о закупках услуг добровольного медицинского страхования работников на случай болезни от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_ года

№ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая**

При наступлении страхового случая Застрахованный должен обратиться к врачу- координатору/семейному врачу Представителя Страховщика в установленные часы приема или позвонить в call-centre Представителя Страховщика для получения консультаций и организации медицинской помощи.

Своевременное уведомление врача-коoрдинатора Представителя Страховщика о наступлении страхового случая является обязательным условием предоставления медицинских услуг.

При необходимости Страхователь (Застрахованный) обязан предоставлять Страховщику (Представителю Страховщика) по его запросу сведения, связанные со страховым случаем.

Медицинскую помощь Застрахованному в медицинских учреждениях из списка Представителя Страховщика организовывает в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору врач-координатор Представителя Страховщика.

При госпитализации в медицинское учреждение не из списка Представителя Страховщика по экстренным показаниям или наступлении экстренного страхового случая, Застрахованный или его уполномоченное лицо должны сообщить не позднее 3-х дней врачу-координатору Представителя Страховщика:

* № личной карточки, наименование организации, Ф.И.О. Застрахованного.
* местонахождение Застрахованного, контактные телефоны;
* коротко описать, что произошло и какие медицинские услуги ему необходимы или уже предоставили.

Если Застрахованному необходима амбулаторно-поликлиническая помощь, он обязан обратиться к врачу-координатору Представителя Страховщика за организацией и оказанием данной помощи.

Госпитализация на стационарное лечение Застрахованного по медицинским показаниям осуществляется только по направлению врача из списка Представителя Страховщика и письменного разрешения Представителя Страховщика.

Приобретение медицинских препаратов возможно только по рецепту семейного врача Представителя Страховщика.

**СТРАХОВЩИК: СТРАХОВАТЕЛЬ:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. *Экстренная медицинская помощь - медицинская помощь, требующая безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;* [↑](#footnote-ref-2)