

**Сатып алынатын қызметтердің Техникалық ерекшелігі
(тапсырыс беруші толтырады)**

Тапсырыс берушінің атауы:	"Халықаралық жасыл технологиялар және инвестициялық жобалар орталығы" коммерциялық емес акционерлік қоғамы
Ұйымдастырушының атауы:	"Халықаралық жасыл технологиялар және инвестициялық жобалар орталығы" коммерциялық емес акционерлік қоғамы
Конкурстың №:	№ 17770100-1
Конкурстың атауы:	Сырқаттану жағдайы туындаған кездегі медициналық сақтандыру бойынша қызметтер (техникалық сипаттамаға сәйкес)
Лоттың нөмірі:	№ 88202575-OK1
Лоттың атауы	Ауырған жағдайда медициналық сақтандыру бойынша қызметтер
Тауарлардың, жұмыстардың, көрсетілетін қызметтердің бірыңғай номенклатуралық анықтамалығы кодының атауы:	749020.000.000010
Қызметтің атауы:	Ауырған жағдайда медициналық сақтандыру бойынша қызметтер
Өлшем бірлігі:	Бір қызмет
Саны (көлемі):	1
Қосылған құн салығын есептемегенде бірлік бағасы:	28545000
Қосылған құн салығын есепке алмағанда, сатып алуға бөлінген жалпы сома:	28545000
Авиациялық техниканы сатып алуды қоспағанда, тауар жаңа, пайдаланылмаған, шығарылған жылы шарт жасалған күнге дейін (үш жылға дейін) ерте болмауға тиіс:	
Қызмет көрсету мерзімі	Техникалық сипаттамаға сәйкес
Аванстық төлем мөлшері:	0
Кепілдік мерзімі (айлармен)	12

Талап етілетін сипаттамалардың, параметрлердің және өзге де бастапқы деректердің сипаттамасы	«Халықаралық жасыл технологиялар және инвестициялық жобалар орталығы» КЕАҚ қызметкерлерін ерікті медициналық сақтандыру қызметтерін сатып алудың техникалық ерекшелігі Тапсырыс беруші: «Халықаралық жасыл технологиялар және инвестициялық жобалар орталығы» коммерциялық емес акционерлік қоғамы. 1. Жалпы ережелер Сатып алу нысанасы – «Халықаралық жасыл технологиялар және инвестициялық жобалар орталығы» коммерциялық емес акционерлік қоғамының (бұдан әрі – Қоғам / Тапсырыс беруші / Сақтанушы) қызметкерлерін ауру жағдайында ерікті сақтандыру қызметтерін көрсету. Ерікті медициналық сақтандыру саласында, «жалпы сақтандыру» саласы, «ауру жағдайында сақтандыру» классы бойынша қызметті жүзеге асыру құқығына арналған мемлекеттік лицензияның болуы талап етіледі. 2. Қызметтерді көрсету орны, мерзімі және шарттары Қызметтерді көрсету мерзімі: Ауру жағдайында ерікті сақтандыру бағдарламасы бойынша сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңі шартқа қол қойылған күннен бастап 12 айды құрайды. Қызметтерді көрсету шарттары: Сақтандыру бағдарламасында көзделген қызметтер сақтандыру бағдарламасында көрсетілген медициналық ұйымдар арқылы ұсынылады. Қызметтерді көрсету орны: Астана қаласының аумағында, сондай-ақ Қазақстан Республикасының республикалық маңызы бар қалалары мен облыс орталықтарында. 3. Көрсетілетін қызметтердің атауы, сипаттамалары және саны 3.1. Қызметтердің атауы Қоғам қызметкерлерін ауру жағдайында ерікті медициналық сақтандыру қызметтерін көрсету. 3.2. Қысқаша сипаттамасы Жеткізуші қызмет көрсетудің ең жақсы шарттарын қамтамасыз етуі немесе ұсынуы керек. 3.2.1. Осы техникалық ерекшелік 66 қызметкерді және олардың отбасы мүшелерін (басшылар – 3 адам, қызметкерлер – 63 адам) ерікті медициналық сақтандыру қызметтеріне қойылатын талаптарды сипаттайды 3.2.2. Жеткізуші Қоғам қызметкерлерін медициналық сақтандыру қызметтерін көрсету туралы шарттың (бұдан әрі – Шарт), осы техникалық ерекшеліктің және медициналық сақтандыру бағдарламасының талаптарына сәйкес медициналық қызметтерді, оның ішінде клиникалық-диагностикалық зертханалардың қызметтерін ұйымдастыру және ұсыну жөніндегі қызметтерді (бұдан әрі – Қызметтер) көрсетеді. 3.2.3. Жеткізуші Қызметтерді белгіленген қызмет көрсету орны бойынша көрсетуге тиіс. Қызметтерді көрсету кезінде Жеткізуші Тапсырыс берушінің ақпаратының сақталуын және оның құпиялылығын қамтамасыз етуге міндетті. 3.2.4. Сақтандыру қорғанысы Сақтандырылған тұлғаларға медициналық сақтандыру бағдарламасында белгіленген Қызметтердің тізбесі мен лимиттеріне сәйкес ұсынылады. 3.2.5. Жеткізуші сақтандыру құпиясын қамтамасыз етеді және Қызметтерді көрсету кезінде өзіне белгілі болған Сақтандырылған тұлғалар туралы мәліметтерді жария етпейді. 3.2.6. Қызметтерді көрсету кезінде Жеткізуші: 1) Тапсырыс берушіге, Сақтандырылған қызметкерлерге және олардың отбасы мүшелеріне сақтандыру талаптарын және Қызметтерді көрсету тәртібін түсіндіреді; 2) Тапсырыс берушінің жазбаша өтінімі негізінде шарттың қолданылу мерзімі ішінде Сақтандырылған тұлғалардың
--	--

	тізіміне шектеусіз өзгерістер мен толықтырулар енгізеді; 3) Сақтандырылған тұлғалардың Қазақстан Республикасының заңнамасының талаптарына сәйкес келетін Қызметтерді уақтылы және сапалы алуын қамтамасыз етеді; 4) Тапсырыс берушімен, Сақтандырылған қызметкерлермен және олардың отбасы мүшелерімен тәулік бойы жұмыс істеу үшін менеджер тағайындайды және оның байланыс телефонын ұсынады; 5) ерікті медициналық сақтандыру шартына қол қойылған күннен бастап 15 (он бес) күнтізбелік күн ішінде Қоғамның әрбір қызметкеріне жеке карточкалар береді; 6) Қоғам қызметкері және/немесе оның отбасы мүшесі жеке карточкасын жоғалтқан жағдайда, 15 (он бес) күнтізбелік күн ішінде жаңа жеке карточкаларды береді; 7) мемлекеттік сатып алу шартына қол қойылған күннен бастап 15 (он бес) күнтізбелік күн ішінде Сақтанушымен қызметкерлерді ерікті медициналық сақтандыру шартын жасасуға міндетті. 3.2.7. Жеткізуші көрсететін Қызметтер сапалық және сандық көрсеткіштердің ең үздік талаптарына сәйкес келуге тиіс: 1) Ассистанс жүйесінде медициналық ұйымдардың кең ауқымының болуы, Сақтандырылған тұлғалардың әртүрлі емдеу-профилактикалық ұйымдарға жүгіну мүмкіндігі, бір ғана медициналық ұйымға бекітілмеуі; 2) Сақтандырылған тұлғалардың Ассистанс жүйесіндегі өздері таңдаған медициналық ұйымдарға тікелей жүгіну мүмкіндігі; 3) медициналық сақтандыру бағдарламасы шеңберінде медициналық қызметтер көрсететін ұйымдардың тізбесінде Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасының (ҚР ПІБ) Астана қаласы, Мәңгілік Ел даңғылы, 80 мекенжайында орналасқан медициналық ұйымының міндетті түрде болуы; 4) Сақтандырылған тұлғалардың көрсетілген медициналық ұйымға медициналық сақтандыру бағдарламасының талаптарына сәйкес тікелей жүгіну мүмкіндігі; 5) Жеткізуші техникалық ұсыныстың құрамында Ассистанс жүйесіне енгізілген медициналық ұйымдардың тізбесін, оның ішінде ҚР ПІБ-нің Астана қаласы, Мәңгілік Ел даңғылы, 80 мекенжайында орналасқан медициналық ұйымын міндетті түрде көрсете отырып ұсынады. 4. МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫ 4.1. Сақтандыру қорғанысы Сақтандырылған тұлғаларға сақтандыру бағдарламасында белгіленген медициналық қызметтердің тізбесі мен лимиттеріне сәйкес ұсынылады: 4.2. Шартқа қол қойылған күннен бастап 12 айға арналған медициналық көмектің түрлері: 4.2.1. Консультациялық-диспетчерлік қызмет. Тәулік бойы жұмыс істейтін Call Centre (толық қамту). Тәулік бойы жұмыс істейтін диспетчерлік қызмет: - сақтандыру бағдарламасы, медициналық қызмет көрсету регламенті, медициналық ұйымдар, стоматологиялық клиникалар мен дәріханалар, сондай-ақ Сақтандырылған тұлғаның лимиттерінің жұмсалуды туралы ақпарат беру; - тәулік бойы жедел медициналық жәрдем бригадасының шығуын ұйымдастыру; - Сақтандырылған тұлға денсаулық жағдайына байланысты медициналық ұйымға өз бетінше жүгіне алмайтын жағдайларда отбасылық дәрігерді үйге шақыру; - отбасылық дәрігерге және/немесе медициналық ұйымның бейінді мамандарына телефон немесе онлайн арқылы қабылдауға жазу; - кезекші дәрігерлердің консультацияларын
--	--

	ұйымдастыру. 4.2.2. Медициналық үйлестіру (толық қамту) - терапевттің және бейінді мамандардың консультациялары; - диагностикалық тексерулерден өтуді ұйымдастыру; - зертханалық-диагностикалық және аспаптық зерттеулер; - стационарлық емдеу; - күндізгі стационар; - емшара кабинетінің қызметтері. 4.2.3. Жедел медициналық көмек (шұғыл медициналық қызмет) Мемлекеттік немесе жеке жедел медициналық жәрдем қызметінің бригадасы арқылы жедел медициналық көмекті ұйымдастыру (толық қамту). Алматы және Астана қалаларында - жедел медициналық көмекті шақыру және үйлестіру, тәулік бойы қызмет көрсету. Өңірлерде - мемлекеттік жедел медициналық жәрдем қызметінің бригадасы арқылы жедел медициналық көмекті ұйымдастыру. 4.2.4. Амбулаториялық-емханалық көмек (төменде көрсетілген рәсімдер мен қызметтерді толық қамту) - дәрігердің (терапевттің, бейінді мамандардың) тексеруі; - диагностика (талдаулар, ультрадыбыстық зерттеудің барлық түрлері, рентгенологиялық, эндоскопиялық зерттеулер, физиотерапиялық және оңалту рәсімдері және басқалары); - зертханалық зерттеулер (биоматериал алу, жалпы клиникалық зерттеулер, гистологиялық және цитологиялық зерттеулер, гемостаз жүйесін зерттеу, қанның биохимиялық зерттеулері, зәрдің биохимиялық зерттеулері, гормондар деңгейін анықтау, онкомаркерлер, иммунологиялық зерттеулер, аутоиммундық ауруларға талдаулар, инфекциялық ауруларды диагностикалау, аллергодиагностика, генетикалық зерттеулер, микробиологиялық зерттеулер, ауыр металдарды анықтау және басқалары); - ИФТ, ПТР, РИФ, қалқанша без гормондары - әрбір сақтандыру жағдайы бойынша 4 зерттеуден аспайды; - көрсетілімдер бойынша диагностикалық аспаптық зерттеулер; - ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, УДЗ, артериялық қысымды тәуліктік мониторингтеу (СМАД), артериялық қысымды күндізгі мониторингтеу (ДМАД), рентгенография, флюорография, эндоскопия, ультрадыбыстық доплерография; - емдік манипуляциялар: инъекциялар, хирургиялық, гинекологиялық, урологиялық, офтальмологиялық, оториноларингологиялық және басқа да амбулаториялық рәсімдер; - емшара кабинетінің қызметтері; - компьютерлік томография (КТ), магниттік-резонанстық томография (МРТ) және басқалары - зерттеу түріне және сақтандыру диагнозына қарамастан, бір отбасыға жылына 3 зерттеу; - емдік дене шынықтыру, дәстүрлі физиотерапия, гальванизация және электрофорез, диадинамотерапия, ВМТ-терапия, электросон, СМТ-терапия (амплипульс), Д'Арсонваль, индуктотермия, УЖЖ-терапия, ДМВ және СМВ-терапия (толқынды терапия), магнитотерапия, ультрадыбыстық терапия, УФО, соллюкс, лазермен емдеу, парафин және озокерит аппликациялары, ингаляциялар, ҚЖЖ-терапия, оттегі коктейлі, тұз шахталары (галокамера), биоптрон және дәрігердің тағайындауы бойынша басқа да рәсімдер (физиотерапияның бір түрі бойынша бір курс - 10 рәсім); - емханада медициналық көрсетілімдер бойынша массаж жасау (бір курс - 10 сеанс, бір аймақтан аспайды), отбасылық дәрігердің жолдамасы бойынша - бір отбасыға жылына 2 (екі) курс; - медициналық тағайындаулар, сондай-ақ медициналық желіге қатысушы
--	--

	дәріханалардан дәрілік препараттарды алу үшін рецептiлер жазып беру; - бейiндi мамандардың консультациялары мен емдеуiне жолдамалар рәсiмдеу; - зертханалық және аспаптық зерттеулерге жолдамалар рәсiмдеу; - уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын рәсiмдеу; - амбулаториялық медициналық картаны жүргiзу; - қызметтер көрсету шартының қолданылу кезеңiнде тұрақты медициналық сүйемелдеу. 4.2.5. Зертханалық-диагностикалық зерттеулер Шұғыл және емдік көрсетілімдер (шұғыл және емдік көрсетілімдер бойынша төменде көрсетілген рәсiмдер мен қызметтерді толық қамту): - биоматериал алу; - жалпы клиникалық зерттеулер; - гистологиялық және цитологиялық зерттеулер; - гемостаз жүйесін зерттеу; - қанның биохимиялық зерттеулері; - зәрдің биохимиялық зерттеулері; - гормондар деңгейін анықтау; - онкомаркерлер; - иммунологиялық зерттеулер; - аутоиммундық ауруларға талдаулар; - инфекциялық ауруларды диагностикалау; - аллергодиагностика; - генетикалық зерттеулер, микробиологиялық зерттеулер, ауыр металдарды анықтау және басқалары; - ИФТ, ПТР, РИФ, қалқанша без гормондары – әрбір сақтандыру жағдайы бойынша 2 зерттеуден аспайды. COVID-19 вирусының РНҚ-сын биологиялық материалдан полимеразды тізбекті реакция (ПТР) әдісімен анықтауға арналған мамандандырылған зертхананың диагностикалық зерттеуі (шұғыл және емдік көрсетілімдер бойынша төменде көрсетілген рәсiмдер мен қызметтерді толық қамту): - Қазақстан Республикасының аумағында тиісті тест-жүйелер болған жағдайда ғана; - диагноз қою немесе оны жоққа шығару мақсатында; - талдау тек облыстық немесе республикалық маңызы бар қалаларда жүргізіледі; - зерттеуді Ассистанс желісі шеңберінде ұйымдастыру, клиниканы таңдау құқығы Ассистанста қалады; - Сақтандырылған тұлғаның осы қызметті өз бетінше алуына және кейіннен жұмсаған қаражатын толық көлемде өтеуіне мүмкіндік беру. 4.2.6. Көрсетілімдер бойынша диагностикалық аспаптық зерттеулер (шұғыл және емдік көрсетілімдер бойынша төменде көрсетілген рәсiмдер мен қызметтерді толық қамту): - ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, УДЗ, артериялық қысымды тәуліктік мониторингтеу (СМАД), артериялық қысымды күндізгі мониторингтеу (ДМАД), рентгенография, флюорография, эндоскопия, ультрадыбыстық доплерография; - емдік манипуляциялар: инъекциялар, хирургиялық, гинекологиялық, урологиялық, офтальмологиялық, оториноларингологиялық және басқа да амбулаториялық рәсiмдер; - емшара кабинетінің қызметтері; - компьютерлік томография (КТ), магниттік-резонанстық томография (МРТ) және басқалары – зерттеу түріне және сақтандыру диагнозына қарамастан, бір отбасыға жылына 3 зерттеу; - емдік дене шынықтыру, дәстүрлі физиотерапия, гальванизация және электрофорез, дидинамотерапия, ВМТ-терапия, электросон, СМТ-терапия (амплипульс), Д’Арсонваль, индуктотермия, УЖЖ-терапия, ДМВ және СМВ-терапия (толқынды терапия), магнитотерапия, ультрадыбыстық терапия, УФО, соллюкс, лазермен емдеу, парафин және озокерит аппликациялары, ингаляциялар, ҚЖЖ-терапия, оттегі коктейлі, тұз шахталары (галокамера), биоптрон және басқалары. 4.2.7.
--	---

	Отбасылық дәрігерлер жүйесіне қосу, үйде, кеңседе және медициналық орталықта қызмет көрсету (толық қамту) - клиникада, үйде немесе кеңседе отбасылық дәрігерлердің консультациялары; - тексеру, ем тағайындау және қажетті диагностикалық зерттеулерді белгілеу; - тексеруге жолдамалар және рецепттер жазып беру; - уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын рәсімдеу; - амбулаториялық медициналық картаны жүргізу. 4.2.8. Ауруханаға жатқызуға себеп болған ауру бойынша стационарлық емдеу (толық қамту) - ақылы бөлімшеде бір сақтандыру жағдайы бойынша кемінде 10 күнтізбелік күн болу; - дәрілік препараттармен толық қамтамасыз етуді қоса алғанда, консультациялық, диагностикалық және емдік іс-шаралардың толық спектрі; - хирургиялық араласулар; - физиотерапия; - тамақтандыру; - медициналық персоналдың қызметтері; - ауруханаға жатқызуға себеп болған ауру бойынша стационарлық емдеу кезінде қолданылатын дәрілік препараттарды қамту. 4.2.9. Стоматологиялық қызметтер - дәрігердің тексеруі және консультациясы; - тістер мен қызыл иектің жіті және созылмалы ауруларын терапиялық және хирургиялық жолмен емдеу, кариес, пульпит, периодонтит және басқа да ауруларды емдеу; - жергілікті анестезия; - тісті жұлу; - абсцессті ашу; - қан кетуді тоқтату; - тістерді шинамен бекіту; - ауыз қуысын өңдеу және санациялау; - депульпациялау; - рентгендік диагностика; - дәрі-дәрмекпен емдеу; - түбір өзектерін пломбалау; - пломбаны алып тастау; - тіс сауытының қалпына келтіру жұмыстары; - пломбаның ақауларын қалпына келтіру және жою және басқалары. 4.2.10. Амбулаториялық-емханалық көмек шеңберінде дәрілік препараттармен қамтамасыз ету дәрілік препараттар тек рецепт бойынша беріледі (дәрілік заттар, анестезия, стоматологиялық көмек көрсету кезінде медициналық көрсетілімдер бойынша қолданылатын инъекциялар). Дәрілік заттар отбасылық дәрігердің немесе бейінді маманның рецептісі мен тағайындауы бойынша, Қазақстан Республикасының Ұлттық дәрілік формулярына сәйкес дәрінің халықаралық патенттелмеген атауы бойынша, медициналық желіге қатысушы дәріханаларда белгіленген лимит шегінде беріледі). 4.2.11. Стоматологиялық қызметтер мен дәрілік препараттарды қамту лимиті Қызметкерге және отбасылық сақтандыруға қосылған жағдайда оның отбасы мүшелеріне бір жылға арналған стоматологиялық қызметтер мен дәрілік препараттарды қамту сомасы: - қызметкерлер үшін – 210 000 (екі жүз он мың) теңге; - басшылар үшін – 280 000 (екі жүз сексен мың) теңге. 4.2.12. Қызметкерлерді жылына 1 рет профилактикалық медициналық қарап-тексеру - терапевт, невропатолог, офтальмолог, гинеколог, хирург, ЛОР дәрігері; - жалпы қан талдауы (ЖҚТ), жалпы зәр талдауы (ЖЗТ); - ЭКГ; - флюорография. 4.2.13. Шетелде шұғыл медициналық көмек көрсетуге арналған шығыстарды қамту - Қоғамның жұмыс бабындағы іссапарына байланысты шетелге шығу кезінде; - медициналық көрсетілімдер бойынша эвакуациялау; - сақтандыру аумағы – бүкіл әлем; - сақтандыру мерзімі – жыл ішіндегі кез келген 365 күн; - сақтандыру сомасы – кемінде 30 000 еуро (Шенген визасы және
--	---

	басқалары), 50 000 АҚШ доллары (АҚШ). 4.2.14. Отбасы мүшелерін сақтандыру бағдарламасына қосу Отбасы мүшелеріне мыналар жатады: 70 жасқа толғанға дейінгі (70 жасты қоса алғанда) жұбайы/зайыбы, 1 жастан асқан бала, қызметкердің 80 жасқа толғанға дейінгі (80 жасты қоса алғанда) ата-анасы. - қызметкерлер үшін - 2 (екі) отбасы мүшесі тегін қосу; - басшылар үшін - 4 (төрт) отбасы мүшесі тегін қосу; - қосымша қосылатын әрбір отбасы мүшесі үшін сақтандыру сыйлықақысы - 40 000 (қырық мың) теңге; - ақылы негізде қосылатын отбасы мүшелерінің саны - барлық қызметкерлер үшін 4 адам. 4.2.15. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ Шартқа қол қойылған күннен бастап 12 айға бір Сақтандырылған тұлғаға, оның ішінде отбасы мүшелерін қоса алғанда, белгіленетін сақтандыру сомасы: - қызметкерлер үшін - 5 000 000 (бес миллион) теңге; - басшылар үшін - 6 000 000 (алты миллион) теңге. 4.2.16. САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ Шартқа қол қойылған күннен бастап 12 айға бір Сақтандырылған қызметкерге арналған сақтандыру сыйлықақысы: - 1 басшыға - 500 000 (бес жүз мың) теңге 00 тыин, ҚҚС-сыз; - 1 қызметкерге - 429 285,70 (төрт жүз жиырма тоғыз мың екі жүз сексен бес) теңге 70 тыин, ҚҚС-сыз. 66 қызметкерге арналған шарт бойынша сақтандыру сыйлықақысының жалпы сомасы - 28 545 000 (жиырма сегіз миллион бес жүз қырық бес мың) теңге, ҚҚС-сыз. Егер нақты сақтандырылған қызметкерлер мен олардың отбасы мүшелерінің саны мәлімделген сақтандырылған тұлғалардың жалпы санынан аз болса, Сақтандырушы сақтандыру қорғанысы қолданылмаған қызметкерлерге тиесілі сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігін Тараптардың нақты сақтандырылған тұлғалар санын ескере отырып қосымша келісімге қол қоюы арқылы Сақтанушыға қайтаруға міндетті. Бір Сақтандырылған тұлғаға арналған сақтандыру сыйлықақысының құны Сақтандырушы есептеген сақтандыру сыйлықақысының жалпы сомасы және жасалған шарт бойынша сақтандыру мерзімі негізінде айқындалады. Сақтанушының жаңа қызметкері шарттың қолданылу мерзімі ішінде сақтандыру бағдарламасына қосылған жағдайда, ол бойынша сақтандыру сыйлықақысының мөлшері шарттың қолданылу мерзімі аяқталғанға дейін қалған толық күнтізбелік айлардың санына пропорционалды түрде айқындалады. 5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ 5.1. Сақтандыру жағдайы деп Сақтандырылған тұлғаның сақтандыру қорғанысы қолданылатын кезеңде жіті ауруға, созылмалы аурудың асқынуына немесе жарақатқа байланысты консультациялық, емдік және өзге де медициналық көмек алу және/немесе медициналық препараттарды сатып алу үшін Сақтандырушының медициналық желісіне кіретін медициналық ұйымдарға және/немесе дәрігерлерге жүгінуі нәтижесінде шығындардың туындауы түсініледі (бұдан әрі - медициналық қызметтер). Мұндай шығындар сақтандыру шарты мен сақтандыру бағдарламасының талаптарына сәйкес Сақтандырушы тарапынан өтеледі. 5.2. Медициналық көмек алуға байланысты Сақтандырылған тұлғаның шығындары мынадай шарттар сақталған жағдайда сақтандыру жағдайына жатады: 1) медициналық қызметтерді Сақтандырушының медициналық желісіне кіретін медициналық ұйымдар көрсеткен (Шартта көзделген
--	---

жағдайларды қоспағанда) және олар медициналық көрсетілімдерге сәйкес болған; 2) медициналық қызметтер Сақтандырылған тұлғаның ауруын диагностикалау және емдеу үшін қажетті әрі жеткілікті болған.

5.3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 14 қазандағы № 526 бұйрығына сәйкес мемлекеттік емес денсаулық сақтау секторында емдеуге тыйым салынған ауруларға байланысты Сақтандырылған тұлғаның медициналық көмек алуға жүгінуі сақтандыру жағдайы болып табылмайды.

5.4. Осы Шарт бойынша мынадай тұлғалар Сақтандырылған тұлғалар бола алмайды: 1) 1 жасқа толмаған балалар және 80 жастан асқан тұлғалар; 2) диагнозы Шарттың қолданылу кезеңінде немесе ол жасалғанға дейін қойылғанына қарамастан, АИТВ жұқтырған тұлғалар; 3) қатерлі жаңа түзілімдері бар, олар Шарттың қолданылу кезеңінде немесе ол жасалғанға дейін анықталғанына қарамастан, тұлғалар; 4) сақтандыру басталған сәтте мүгедектігі бар тұлғалар, мүгедектігі бала кезінен белгіленген тұлғалар, мүгедектік белгіленген уақытына қарамастан; 5) сақтандыру басталған сәтте стационарлық емдеуде жатқан тұлғалар.

Осы тармақта көрсетілген мән-жайлар болған жағдайда, Сақтандырушы Сақтанушыға жазбаша хабарлама жіберу арқылы тиісті Сақтандырылған тұлғаны Сақтандырылған тұлғалар тізімінен біржақты тәртіппен алып тастауға құқылы. Егер осы тармақта көрсетілген мән-жайлар Шарт жасалғанға дейін туындаса және Шарт жасалған кезде Сақтандырылған тұлғаға белгілі болса, бірақ бұл туралы Шарт жасалған күнге дейін Сақтандырушыға хабарланбаса, Сақтандыру төлемдері Сақтанушы тарапынан Сақтандырушыға Сақтандырушының жазбаша хабарламасын алған сәттен бастап 5 жұмыс күні ішінде қайтарылуға тиіс. Егер осы тармақта көрсетілген мән-жайлар Шарттың қолданылу кезеңінде туындаса немесе Шарт жасалған кезде Сақтандырылған тұлғаға белгісіз болса, сақтандыру төлемдері осы тармақта көзделген мән-жайлар туындаған (анықталған) сәтке дейін жүзеге асырылады.

5.5. Сақтандырушы мынадай дәрілік препараттарды сатып алуға жұмсалған шығындарды өтемейді: - контрацептивтік препараттар; - хондропротекторлар; - поливитаминдер (жіті респираторлық вирустық инфекциялар мен жіті респираторлық ауруларды емдеуді қоспағанда); - туберкулезге қарсы препараттар; - биологиялық белсенді қоспалар; - пробиотиктер (антибактериялық терапия кезеңіне тағайындалған жағдайларды қоспағанда); - зеңге қарсы препараттар (антибактериялық терапияның соңында тағайындалған жағдайларды қоспағанда); - гомеопатиялық препараттар; - антидепрессанттар; - косметикалық құралдар; - анорексанттық препараттар; - иммуномодуляторлар, иммуносупрессанттар; - статиндер.

5.6. Шарттың қолданылу кезеңінде орын алған сақтандыру жағдайлары бойынша сақтандыру төлемдері Сақтандырылған тұлғаның Қызметтерді одан әрі алу қажеттілігіне немесе емдеуді жалғастыруына қарамастан, сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңі аяқталғанға дейін жүзеге асырылады.

5.7. Сақтандырылған тұлға Қызметтер мен дәрілік заттарды медициналық сақтандыру бағдарламасына, техникалық ерекшелікке және Шартқа сәйкес алады.

6.

	САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІНІҢ МӨЛШЕРІН АЙҚЫНДАУ ТӘРТІБІ 6.1. Сақтандыру төлемінің мөлшері Ассистанс жүйесіне кіретін дәрігерлер және/немесе медициналық ұйымдар Сақтандырылған тұлғаға көрсеткен медициналық қызметтердің құны, сондай-ақ Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметкердің/бейінді маманның тағайындауы бойынша дәріханадан сатып алған дәрілік заттарының құны негізінде айқындалады. 6.2. Сақтандырылған тұлға медициналық қызметтер мен дәрілік заттарды медициналық сақтандыру бағдарламасына, техникалық ерекшелікке және Шартқа сәйкес алады. 6.3. Егер медициналық қызметтер көрсетілген және/немесе дәрілік заттар сақтандыру бағдарламасында белгіленген қамту лимиттерінен асып кеткен жағдайда, лимиттен тыс шығыстарды Сақтандырылған тұлғаның өзі төлейді. 7. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ, САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ ЖӘНЕ ОНЫ ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ 7.1. Отбасы мүшелері сақтандыруға қосылған жағдайда Сақтандырылған қызметкер үшін белгіленген сақтандыру төлемдерінің лимиттері оған қосылған барлық отбасы мүшелері арасында бөлінеді. Бұл ретте осы Шарт бойынша отбасының барлық қосылған мүшелерінің медициналық қызметтер алуға жұмсаған шығыстары Сақтандырылған қызметкер үшін белгіленген лимиттен аспауға тиіс. 7.2. Отбасы мүшелері сақтандыруға қосылған жағдайда Жеткізуші белгілеген отбасы мүшесіне арналған сақтандыру сыйлықақысы отбасы мүшесінің сақтандыруға қосылған уақытына қарамастан тұрақты болып табылады. 7.3. Егер сақтандыру сыйлықақысын төлеу күні жұмыс істемейтін күнге сәйкес келсе, төлем күні болып одан кейінгі ең жақын жұмыс күні есептеледі. 8. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҰЛҒАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӘРТІБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ 8.1. Жеткізуші Сақтандырылған тұлғаларға медициналық қызметтер көрсетуді Ассистанс жүйесі арқылы ұйымдастырады. Медициналық қызметтерді алу үшін Сақтандырылған тұлға осы Шартта белгіленген тәртіппен Ассистансқа немесе Ассистанстың сенім білдірілген дәрігеріне тиісті жолдама алу үшін жүгінеді. Жедел медициналық көмек алу қажет болған жағдайда, Сақтандырылған тұлға Ассистанс дәрігеріне немесе жеке пластикалық карточкада (бұдан әрі – Сақтандыру картасы) көрсетілген телефондар бойынша диспетчерлік қызметке жүгінеді. 8.2. Осы тармақ Сақтандырылған тұлғалардың мынадай медициналық қызметтерді алу тәртібі мен шарттарын айқындайды: 8.2.1. жедел медициналық көмек көрсету; 8.2.2. амбулаториялық-емханалық медициналық көмек көрсету; 8.2.3. стационарлық медициналық көмек көрсету; 8.2.4. зертханалық-диагностикалық зерттеулер жүргізу; 8.2.5. көрсетілімдер бойынша диагностикалық аспаптық зерттеулер жүргізу; 8.2.6. стоматологиялық көмек көрсету; 8.2.7. дәрілік заттармен қамтамасыз ету. Сақтандырылған тұлғаларға медициналық қызметтерді тікелей Ассистанс немесе Ассистанстың шешімі бойынша оның жүйесіне кіретін емдеу мекемелері көрсетеді. Сақтандырылған тұлғаларды дәрілік заттармен қамтамасыз етуді Ассистанс жүзеге асырады, ал дәрілік заттарды Ассистанстың өзі беру мүмкін болмаған жағдайда, Ассистанс жүйесіне кіретін дәріханалар арқылы қамтамасыз
--	--

	етеді. 8.3. Сақтандырылған тұлғаларға медициналық көмек көрсету шарттары 8.3.1. Сақтандырылған тұлғаларға медициналық көмек тек Ассистанста Сақтандыру картасы мен Сақтандырылған тұлғаның жеке басын куәландыратын құжат ұсынылған кезде көрсетіледі. Медициналық көмек алу үшін бейінді маманға, Ассистанс жүйесіне кіретін мекеменің немесе ұйымның өкіліне, сондай-ақ Ассистанс жүйесіне кіретін дәріханаға Сақтандыру картасы, жеке басын куәландыратын құжат және Ассистанс берген тиісті құжат (жолдама, рецепт) ұсынылады. Бұл құжаттарды ұсынбауға Сақтандырылған тұлға ес-түссіз күйде болған және оған шұғыл медициналық көмек көрсетілген жағдайларда ғана жол беріледі. Астана және Алматы қалаларының аумағында жүрген Сақтандырылған тұлғаларға медициналық көмек тікелей Ассистанс арқылы көрсетіледі. 8.3.2. Ассистанс өз шешімі бойынша Сақтандырылған тұлғаға сақтандыру бағдарламасында көзделген қызметтерді Ассистанс жүйесіне қатыспайтын ұйымдарда алу мүмкіндігін беруге құқылы. Бұл ретте Сақтандырылған тұлға Ассистанс дәрігерінен тиісті жолдама алуға міндетті. 8.3.3. Шартта көзделген жағдайларда, оның ішінде Шарттың 8.3.2-тармақшасына сәйкес Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметтерді өз бетінше төлеген шығыстарын өтеген кезде, Сақтандырылған тұлға алынған қызметтердің ақысын өзі төлейді және жұмсалған шығындарды өтеу туралы өтінішпен бірге Сақтандырушыға немесе Ассистансқа мынадай құжаттарды ұсынады: - амбулаториялық-емханалық көмек бойынша: шот-фактура (мекеме берген жағдайда), көрсетілген қызметтердің атауы мен құны жазылған орындалған жұмыстар актісі (егер фискалдық чекте қызметтердің толық сипаттамасы болмаса), фискалдық чек, тексеру нәтижелері, диагноз және дәрігердің ұсынымдары көрсетілген амбулаториялық картаның көшірмесі, Ассистанс дәрігерінің жолдамасы; - стационарлық емдеу бойынша: шот-фактура (мекеме берген жағдайда), көрсетілген қызметтердің атауы мен құны жазылған орындалған жұмыстар актісі (егер фискалдық чекте қызметтердің толық сипаттамасы болмаса), фискалдық чек, стационардан берілген үзінді көшірме; - стоматологиялық емдеу бойынша: стоматологиялық ұйымның мөрімен расталған тапсырыс-наряд (стоматолог дәрігер беретін құжат), орындалған жұмыстар актісі, шот-фактура (мекеме берген жағдайда), фискалдық чек, стоматологиялық қызметтер көрсету құқығына арналған лицензияның стоматологиялық ұйым куәландырған көшірмесі (Сақтандырушы талап еткен жағдайда); - дәрілік заттармен қамтамасыз ету бойынша: дәрілік заттардың тізбесі көрсетілген фискалдық чек немесе тауарлық чек/жүкқұжат, диагнозы мен дәрігердің ұсынымдары көрсетілген тағайындаулардың көшірмесі, Ассистанс дәрігерінің пайдаланылмаған рецепті. Қажет болған жағдайда Сақтандырушы немесе Ассистанс сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаға қатысты өзге де құжаттарды талап етуге құқылы. Сақтандырушы немесе Ассистанс өтемақы сомасынан аударым үшін комиссиялық шығыстарды тек банктің қолданыстағы тарифтеріне сәйкес ұстап қалуға құқылы. 8.3.4. Емдеу түрлерін, диагностикалық зерттеулерді және
--	--

	қажетті дәрілік заттарды медициналық ұйымның мамандары айқындайды. 8.3.5. Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы (бұдан әрі – амбулаториялық карта) Сақтандырылған тұлға медициналық көмек алу үшін алғаш рет жүгінген кезде рәсімделеді. 8.3.6. Сақтандырылған тұлғаға көрсетілген медициналық қызметтер амбулаториялық картада тіркеледі. 8.3.7. Егер медициналық қызметкер Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру картасын үшінші тұлғаларға беруге тыйым салу туралы осы Шарттың талаптарын бұзғанын анықтаса, барлық мән-жайлар анықталғанға дейін Сақтандыру картасын өзінде ұстап қалуға құқылы. 8.4. Сақтандырылған тұлғаларға жедел медициналық көмек көрсету тәртібі 8.4.1. Жедел медициналық көмек алу үшін Сақтандырылған тұлға Сақтандыру картасында көрсетілген телефондар бойынша Ассистанс дәрігеріне немесе диспетчерлік қызметке жүгінеді. 8.4.2. Егер Сақтандырылған тұлғаға стационарлық медициналық көмек қажет болса, ол Ассистанс жүйесіне кіретін медициналық ұйымға жатқызылады. 8.4.3. Егер ұйымға тиесілі жедел (шұғыл) медициналық көмек бригадасының бос болуы қамтамасыз етілмесе, Ассистанс тиісті шарттар жасалған ұйымның жедел жәрдем бригадасын немесе «103» жедел медициналық жәрдем бригадасын шақыруға құқылы. 8.5. Амбулаториялық-емханалық медициналық көмек көрсету тәртібі 8.5.1. Сақтандырылған тұлғаға амбулаториялық-емханалық медициналық көмек көрсету қажеттілігі туындаған жағдайда, ол Сақтандыру картасында көрсетілген телефон нөмірі мен мекенжай бойынша Ассистанстың диспетчерлік қызметіне жүгінеді. 8.5.2. Ассистанс Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызметтерді сақтандыру бағдарламасы мен Шартта көзделген тәртіпте және көлемде көрсетуді ұйымдастырады. 8.5.3. Ассистанстың медициналық қызметкері Сақтандырылған тұлғаны бастапқы тексеруден өткізеді. Бастапқы тексеру нәтижелері бойынша ем тағайындалады немесе Сақтандырылған тұлға қосымша диагностика жүргізу және кейіннен ем тағайындау үшін бейінді маманға жіберіледі. 8.5.4. Медициналық қызметкерлердің тағайындаулары, оның ішінде қажетті дәрілік заттар амбулаториялық картада тіркеледі. Амбулаториялық карта Ассистанстың меншігі болып табылады және Сақтандырылған тұлғаға тек Ассистанс дәрігеріне бару үшін беріледі. Амбулаториялық картада көрсетілген мәліметтер негізінде Ассистанстың медициналық қызметкерлері Сақтандырылған тұлғаға рецепт жазады. Бұл рецепт Ассистанс жүйесіндегі дәріханаларда Сақтандырылған тұлғаны дәрілік заттармен қамтамасыз етуге негіз болады. 8.6. Стационарлық медициналық көмек көрсету тәртібі 8.6.1. Стационарлық емдеудің қажеттілігі туралы мәселені медициналық қызметкер шешеді. Тиісті шешім алу үшін Сақтандырылған тұлға Сақтандыру картасында көрсетілген телефон нөмірі мен мекенжай бойынша Ассистанстың диспетчерлік қызметіне жүгінеді. 8.6.2. Ассистанстың медициналық қызметкері Сақтандырылған тұлғаны бастапқы тексеруден өткізеді. Егер ауруханаға жатқызу қажеттілігі туралы мәселені өз бетінше шешу мүмкін болса, медициналық қызметкер Сақтандырылған тұлғаға ауруханаға жатқызуға жолдама береді. Өзге
--	--

	жағдайларда Сақтандырылған тұлға медициналық көрсетілімдерге сәйкес ауруханаға жатқызу қажеттілігін анықтау үшін бейінді маманға жіберіледі. 8.6.3. Егер Сақтандырылған тұлға Ассистанс жүйесіне кірмейтін стационарға шұғыл түрде өз бетінше жүгінсе, ол жүгіну фактісін растайтын құжаттарды (ауру тарихынан үзінді көшірме, фискалдық кассалық чек, ұйымның мөрі қойылған шот-фактура) сақтауға міндетті. Аталған құжаттар Жеткізуші жұмсалған шығындарды өтеу үшін Ассистансқа ұсынылады. Құжаттарға сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы өтініш және өзге де қажетті құжаттар қоса беріледі. 8.7. Стоматологиялық көмек көрсету тәртібі 8.7.1. Стоматологиялық көмек алу үшін Сақтандырылған тұлға Ассистанс жүйесіне кіретін стоматологиялық клиникаға өз бетінше немесе Ассистанстың диспетчерлік қызметі арқылы жүгінуге құқылы. 8.7.2. Стоматолог-бейінді маманға алғаш рет жүгінген кезде Сақтандырылған тұлғаға медициналық карта рәсімделеді, сондай-ақ тістер формуласы тіркеледі. 8.7.3. Сақтандырылған тұлғаға шұғыл тәртіппен стоматологиялық көмек көрсетілген жағдайда, шығыстарды Сақтандырушы сақтандыру бағдарламасында белгіленген сақтандыру сомасының қосалқы лимиті шегінде нақты көрсетілген қызметтер құнының 70%-ы мөлшерінде өтейді. 8.7.4. Егер Сақтандырылған тұлға Ассистанс жүйесіне қатыспайтын медициналық ұйымда шұғыл стоматологиялық көмек алса, ол жүгіну фактісін растайтын құжаттарды (фискалдық кассалық чек, ұйымның мөрі қойылған орындалған жұмыстар актісі (наряд) және басқа құжаттар) сақтауға міндетті. Бұл құжаттар жұмсалған шығындарды өтеу үшін Ассистансқа ұсынылады. Құжаттарға сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы өтініш қоса беріледі. Шығындарды өтеуге арналған құжаттар стоматологиялық қызмет алынған/ақысы төленген күннен бастап 2 (екі) күнтізбелік айдан кешіктірілмей ұсынылуға тиіс. 8.8. Сақтандырылған тұлғаны дәрілік заттармен қамтамасыз ету тәртібі 8.8.1. Сақтандырылған тұлғаны дәрілік заттармен қамтамасыз ету үшін Ассистанстың медициналық қызметкері берген рецепт негіз болып табылады. 8.8.2. Рецептті Сақтандырылған тұлға Ассистанстың дәріханасына, ал Ассистанстың дәріханасында қажетті дәрілік заттар болмаған жағдайда, Ассистанс жүйесіне кіретін дәріханалардың біріне ұсынады. 8.8.3. Егер осы дәріханада қажетті дәрілік заттар болмаса, Сақтандырылған тұлға дәрілік заттарға арналған өзінің лимиті шегінде оларды кез келген басқа дәріханадан сатып алуға құқылы. Бұл ретте ол тиісті құжатты (рецептті немесе амбулаториялық картадан алынған тағайындау көшірмесін), сондай-ақ дәрілік заттардың сатып алынғанын растайтын құжатты (берілген дәрілік заттардың тізбесі көрсетілген фискалдық кассалық чек және ұйымның мөрі қойылған тауарлық чек) сақтауға міндетті. Аталған құжаттар жұмсалған шығыстарды өтеу үшін Ассистансқа ұсынылады. Құжаттарға жұмсалған шығыстарды өтеу туралы өтініш қоса беріледі. 8.8.4. Сақтандырылған тұлғаның осы техникалық ерекшелікте көрсетілген жағдайларда жұмсаған шығыстарын Жеткізуші немесе Ассистанс сақтандыру жағдайының туындағанын және жұмсалған шығыстарды
--	---

	растайтын барлық қажетті құжаттар Сақтандырылған тұлға тарапынан Ассистансқа ұсынылған күннен бастап 15 (он бес) жұмыс күнінен кешіктірмей, Сақтандырылған тұлғаның шотына ақша аудару немесе оған қолма-қол ақша беру арқылы өтейді. 8.9. Қазақстан Республикасынан тыс жерлерде Сақтандырылған тұлғаны медициналық сақтандыруды ұйымдастыру тәртібі 8.9.1. Сақтандырылған тұлға Қазақстан Республикасынан тыс жерге шыққан кезде медициналық сақтандыруды ұйымдастыру қажеттілігі туындаса, Сақтанушы Сақтандырушыға болу мерзімі мен елін көрсете отырып, тиісті өтінішпен жүгінеді. Өтінішке Сақтандырылған тұлғаның паспортының көшірмесі қоса беріледі. 8.9.2. Сақтандырушы Тапсырыс берушінің өтінішін алған күннен бастап 3 жұмыс күні ішінде сақтандыру бағдарламасында көзделген көлемде Сақтандырылған тұлғаның Қазақстан Республикасынан тыс жерлердегі сақтандыру қорғанысын қамтамасыз ететін сақтандыру полисін береді. 8.9.3. Сақтандыру жағдайының туындауын және келтірілген залалдың мөлшерін растайтын құжаттарға мыналар жатады, бірақ олармен шектелмейді: амбулаториялық карта, рецепт бланкісі, ауруханаға жатқызуға жолдама, емдеуші дәрігер, медициналық ұйым және/немесе өзге де құзыретті орган берген, жазатайым оқиғаның немесе жіті аурудың болғанын, оның күнін, себептерін және келтірілген зиянның мөлшерін растайтын қорытындылар, сертификаттар мен басқа да құжаттар; Ассистанс жүйесіне кіретін дәрігерлер және/немесе емдеу мекемелері берген шоттар мен түбіртектер; дәрігердің тағайындаулары; Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызметтер көрсетілгенін растайтын және медициналық қызметтер көрсету шартында белгіленген өзге де құжаттар. 8.9.4. Егер шетелге шығатын азаматтарды ерікті сақтандыру полисі бойынша Сақтанушы Сақтандырылған тұлғаның өзі болып табылса, сақтандыру полисіне шетелге шығатын азаматтарды ерікті сақтандыру шарты бойынша Сақтанушы ретінде әрекет ететін Сақтандырылған қызметкер қол қояды. 9. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҮЛҒАЛАРДЫҢ ТІЗІМІН ӨЗГЕРТУ 9.1. Сақтандырылған тұлғалардың тізімі Тараптардың келісімі бойынша мынадай жағдайларда өзгертіледі: 9.1.1. Шарт жасалған кезде тізімге енгізілген тұлғалардан басқа тұлғаларды Сақтандырылған тұлғалар тізіміне қосу; 9.1.2. тұлғаны Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тастау; 9.1.3. Сақтандырылған тұлғаларды ауыстыру (тек Сақтанушының қызметкерлеріне қатысты). 9.2. Сақтандыру шарты жасалған кезде тізімге енгізілген тұлғалардан басқа тұлғаларды Сақтандырылған тұлғалар тізіміне қосу тәртібі 9.2.1. Сақтанушы Жеткізушіге Сақтандырылған тұлғалар тізіміне қосу/ауыстыру туралы өтінішпен жүгінеді. Өтініште қосылатын әрбір тұлға үшін сақтандыру бағдарламасы көрсетіледі (бұдан әрі – Өтініш). 9.2.2. Жеткізуші Өтінішті алғаннан және қарағаннан кейін Сақтанушыға Шартқа (сақтандыру сыйлықақысының жалпы сомасы мен сақтандыру сомасының жалпы мөлшеріне қатысты бөлігінде) және Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімді, сондай-ақ сақтандыру сыйлықақысын төлеуге арналған шотты немесе қосымша Сақтандырылған тұлғаларды қосудан бас
--	--

	тарту туралы хабарламаны жібереді. 9.2.3. Сақтанушы қосымша қосылатын тұлғалар үшін сақтандыру сыйлықақысын төлегеннен және Шартқа әрі Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімге қол қойылғаннан кейін Жеткізуші 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандыру карталарын дайындауға және оларды қабылдау-беру актісіне сәйкес Сақтанушыға беруге міндетті. 9.2.4. Қосымша енгізілген тұлғаларға қатысты сақтандыру қорғанысы Сақтандырылған тұлғаларды қосу туралы келісімде Тараптар белгілеген күннен бастап қолданылады. 9.2.5. Отбасы мүшелері сақтандыруға қосылған жағдайда отбасы мүшесін Шартқа енгізу Сақтандырылған қызметкер оған қосылған күннен бастап 10 (он) күн ішінде жүзеге асырылады. Көрсетілген мерзім өткеннен кейін отбасы мүшесін сақтандыруға қосуға жол берілмейді. 9.3. Сақтандырылған тұлғаны тізімнен алып тастау тәртібі 9.3.1. Сақтандырылған тұлғаны Тапсырыс берушінің тізімінен мерзімінен бұрын алып тастау оның Тапсырыс берушіге берген жазбаша өтініші негізінде жүзеге асырылады. Бұл ретте алып тасталған Сақтандырылған тұлғаның орнына Тапсырыс берушінің басқа қызметкерін сақтандыруға қосу мүмкіндігі сақталады. 9.3.2. Сақтандырылған тұлғаны Сақтандырылған тұлғалар тізімінен мерзімінен бұрын алып тастау туралы оның жазбаша өтінішін алған жағдайда, Тапсырыс беруші Өнім берушіге тұлғаны Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тастау туралы жазбаша өтініш немесе электрондық пошта арқылы хабарлама жібереді. 9.3.3. Жеткізуші өтінішті алғаннан кейін Ассистансқа Сақтандырылған тұлғаға және отбасы мүшелерін сақтандыруға қосқан жағдайда оның отбасы мүшелеріне медициналық қызметтер көрсетуді тоқтату қажеттігі туралы хабарлайды. 9.3.4. Сақтандырылған тұлғаны сақтандырылғандар тізімінен алып тастауға қатысты сақтандыру қорғанысының қолданылуы Ассистанс Тапсырыс берушінің алып тастау туралы хабарламасын алған сәттен бастап тоқтатылады, бірақ кез келген жағдайда Жеткізуші Тапсырыс берушінің өтінішін алған күнгі сағат 23:59-дан кешіктірілмейді. 9.3.5. Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тасталған тұлға өзінің жазбаша сұрау салуы бойынша Жеткізушіден амбулаториялық науқастың медициналық картасының көшірмесін алады. 9.3.6. Тапсырыс берушінің қызметкері болып табылатын Сақтандырылған тұлғаны кез келген негіз бойынша Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тастау оның отбасы мүшелерін де Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тастауға және оларға қатысты сақтандыру қорғанысының қолданылуын тоқтатуға әкеп соғады. 9.3.7. Шартта көзделген жағдайларда Жеткізуші Сақтандырылған тұлғаны сақтандырылған тұлғалар тізімінен Жеткізуші Тапсырыс берушіге жіберетін жазбаша хабарлама негізінде біржақты тәртіппен алып тастай алады. 9.4. Сақтандырылған тұлғаны ауыстыру тәртібі 9.4.1. Тапсырыс беруші Жеткізушіге Сақтандырылған тұлғаны (бұдан әрі – бұрынғы тұлға) жаңадан қосылатын тұлғамен ауыстыру туралы өтінішпен немесе электрондық пошта арқылы жіберілген хабарламамен жүгінеді. Бұл ретте жаңадан қосылатын тұлға үшін қосымша ақы төленбейді. Тапсырыс берушінің атынан
--	---

	электрондық пошта арқылы жіберілген хабарлама тиісті түрде жолданған хабарлама болып есептеледі. 9.4.2. Сақтандырылған тұлғаны ауыстыру Тапсырыс берушінің ауыстырылатын қызметкерін тізімнен алып тастаған күннен бастап 25 күнтізбелік күн өткен соң жаңа Сақтандырылған тұлға үшін қосымша ақы алынбай, Өнім беруші тарапынан автоматты түрде жүзеге асырылады. 9.4.3. Жеткізуші жаңадан қосылатын тұлғаға қатысты өтінішті алған күннен бастап 25 күнтізбелік күн өткен соң Тапсырыс берушіге Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімді жібереді. 9.4.4. Тараптар Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімге қол қойғаннан кейін Жеткізуші 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандыру карталарын дайындауға және оларды қабылдау-беру актісіне сәйкес Тапсырыс берушіге беруге міндетті. 9.4.5. Отбасы мүшелері сақтандыруға қосылған жағдайда Шарттың қолданылу кезеңінде отбасы мүшесін ауыстыруға жол берілмейді. 9.4.6. Қосымша енгізілген тұлғаларға қатысты сақтандыру қорғанысы Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімге Тараптар қол қойған күннен кейінгі күнгі сағат 00:01-ден бастап қолданылады. 9.4.7. Бұрынғы Сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыру қорғанысының қолданылуы Жеткізуші ауыстыру туралы өтінішті алған күнгі сағат 23:59-да тоқтатылады. Ауыстыру тәртібімен Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тасталған бұрынғы тұлға өзінің жазбаша сұрау салуы бойынша Өнім берушіден амбулаториялық науқастың медициналық картасының көшірмесін алады. 9.4.8. Егер Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тасталатын тұлғаға қатысты Сақтандырушы сақтандыру төлемдерін жүзеге асырған болса (яғни стоматология және дәрілік заттар сияқты лимиттелген опцияларды қоса алғанда, кез келген медициналық қызмет үшін ақы төлеген болса), Сақтандырылған тұлғаны ауыстыру жүзеге асырылмайды. Сақтандырушы жаңадан қосылатын тұлғаға қатысты және өтінішті алған күннен бастап 25 күнтізбелік күн мерзімі аяқталғанға дейін Сақтанушыға Сақтандырылған тұлғалар тізіміне өзгерістер енгізу туралы келісімді жібереді. Бұл мерзім бұрынғы тұлға бойынша сақтандыру төлемдерінің болған-болмағаны туралы Ассистанстан нақты ақпарат алу үшін қажет. 9.4.9. Сақтандырылған тұлғалар тізімінен Сақтандырушы сақтандыру төлемдерін жүзеге асырған тұлға алып тасталған жағдайда, осы Сақтандырылған тұлғаға қатысты Шарт Қазақстан Республикасы Азаматтық кодексінің 841-бабы 2-тармағына сәйкес тоқтатылған болып есептеледі.
--	--

Әлеуетті өнім берушіге оның жеңімпазы анықталған және онымен Мемлекеттік сатып алу туралы шарт жасалған жағдайда қойылатын талаптар (қажет болған кезде көрсетіледі) (әлеуетті өнім берушіні көрсетілген мәліметтерді көрсетпегені және ұсынбағаны үшін қабылдамауға жол берілмейді)	
--	--

**Техническая спецификация
закупаемых услуг
(заполняется заказчиком)**

Наименование заказчика	некоммерческое акционерное общество "Международный центр зеленых технологий и инвестиционных проектов"
Наименование организатора	некоммерческое акционерное общество "Международный центр зеленых технологий и инвестиционных проектов"
№ конкурса:	№ 17770100-1
Наименование конкурса:	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни (согласно технической спецификации)
Номер лота:	№ 88202575-OK1
Наименование лота:	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни
Наименование кода Единого номенклатурного справочника товаров, работ, услуг:	749020.000.000010
Наименование услуги:	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни
Единица измерения:	Одна услуга
Количество (объем):	1
Цена за единицу, без учета налога на добавленную стоимость:	28545000
Общая сумма, выделенная для закупки, без учета налога на добавленную стоимость:	28545000
Срок оказания услуги:	Согласно технической спецификации
Размер авансового платежа* *:	0 %
Гарантийный срок (в месяцах)	12

Описание требуемых характеристик, параметров и иных исходных данных	Техническая спецификация закупаемых услуг добровольного медицинского страхования работников НАО «Международный центр зеленых технологий и инвестиционных проектов» Заказчик: Некоммерческое акционерное общество «Международный центр зеленых технологий и инвестиционных проектов». 1. Общие положения. Предмет - оказание услуг добровольного страхования работников Некоммерческое акционерное общество «Международный центр зеленых технологий и инвестиционных проектов» (далее - Общество / Заказчик / Страхователь) на случай болезни. Требуется государственная лицензия на право осуществления деятельности в области добровольного медицинского страхования, отрасль «общее страхование», класс «страхование на случай болезни». 2. Место, срок и условия оказания услуг. Сроки оказания услуг: Период действия страховой защиты по программе добровольного страхования на случай болезни 12 месяцев с даты подписания договора. Условия оказания услуг: предусмотренные страховой программой услуги предоставляются медицинскими учреждениями, указанными в страховой Программе. Место оказания услуг - на территории г. Астана и в пределах Республика Казахстан в городах Республиканского значения и в областных центрах. 3. Наименование, характеристики и количество оказываемых услуг. 3.1. Наименование. Оказание услуг добровольного медицинского страхования работников Общества на случай болезни 3.2. Краткая характеристика Поставщик должен обеспечить или предоставить лучшие условия оказания Услуг: 3.2.1. Настоящая Техническая спецификация описывает требования к услугам добровольного медицинского страхования 66 работников и членов их семей (руководителей - 3, работников - 63). 3.2.2. Поставщик предоставляет услуги по организации и предоставлению медицинских услуг, включая клинико-диагностические лаборатории (далее - Услуги) в соответствии с условиями Договора об оказании медицинского страхования работникам Общества (далее - Договор), настоящей Технической спецификацией и Программой медицинского страхования. 3.2.3. Поставщик должен оказывать Услуги по месту оказания услуг. Поставщик при оказании Услуг должен обеспечить сохранность информации Заказчика и ее конфиденциальность. 3.2.4. Страховая защита предоставляется Застрахованным в соответствии с перечнем и лимитом Услуг, установленных Программой медицинского страхования. 3.2.5. Поставщик обеспечивает тайну страхования, не разглашает ставшие ему известными сведения Застрахованных при оказании Услуг. 3.2.6. При оказании Услуг Поставщик: 1) разъясняет условия страхования, порядка предоставления Услуг Заказчику и Застрахованным работникам; 2) по письменной заявке Заказчика вносит изменения и дополнения в список Застрахованных лиц, в течение всего срока действия договора, без ограничений; 3) обеспечивает своевременное и качественное получение Застрахованными Услуг, соответствующих требованиям законодательства Республики Казахстан; 4) обязан назначить менеджера и предоставить его телефон, для работы с Заказчиком и Застрахованными работниками и
---	--

	членами их семей круглосуточно. 5) Предоставить личные карточки на каждого работника Общества в течение 15 (пятнадцати) календарных дней со дня подписания Договора добровольного медицинского страхования. 6) В случае утраты/утери личной карточки работником Общества и/или члена семьи, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней выдать новые личные карточки; 7) в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента подписания договора о государственных закупках заключить со Страхователем договор добровольного медицинского страхования работников. 3.2.7. Услуги, предоставляемые Поставщиком, должны соответствовать наилучшим качественным и количественным показателям: 1) широкий спектр медицинских учреждений в системе Ассистанс, возможность обращения Застрахованных в различные лечебно-профилактические учреждения, отсутствие «прикрепления» к одному медицинскому учреждению; 2) прямой доступ Застрахованных в выбранные медицинские учреждения в системе Ассистанса; 3) в обязательном порядке наличие в перечне медицинских организаций, предоставляющих медицинские услуги в рамках Программы медицинского страхования, медицинской организации Управления делами Президента Республики Казахстан (УДП РК), расположенной по адресу: г. Астана, проспект Мәңгілік Ел, 80; 4) доступ Застрахованных к указанной медицинской организации осуществляется на условиях прямого обращения в соответствии с условиями Программы медицинского страхования; 5) Поставщик в составе технического предложения предоставляет перечень медицинских организаций, включенных в систему Ассистанса, с обязательным указанием медицинской организации УДП РК, расположенной по адресу: г. Астана, проспект Мәңгілік Ел, 80. 4. ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 4.1. Страховая защита предоставляется Застрахованным в соответствии с перечнем и лимитом медицинских услуг, установленных Программой страхования: 4.2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ на 12 месяцев с даты подписания договора: 4.2.1. Консультационно-диспетчерская служба Круглосуточный Call Centre (Полное покрытие). Круглосуточная диспетчерская служба: - предоставление информации о программе страхования, регламенте медицинского обслуживания, информация о медицинских учреждениях, стоматологиях и аптеках расходовании лимитов Застрахованного; - организация выезда бригады скорой медицинской помощи в круглосуточном режиме; - вызов семейного врача на дом, в случаях, когда Застрахованный не может по состоянию здоровья самостоятельно обратиться в медицинскую организацию; - запись по телефону/онлайн на прием к семейному врачу и/или профильным специалистам медицинской организации.; - врачебные консультации дежурных врачей. 4.2.2. Медицинское координирование (Полное покрытие): - консультация терапевта, узких специалистов; - организация прохождения диагностики; - лабораторно-диагностические, инструментальные исследования; - стационарное лечения; - дневной стационар; - услуги процедурного кабинета. 4.2.3. Скорая помощь (неотложная медицинская служба) - организация скорой медицинской
--	--

	помощи бригадой государственной или частной службы скорой помощи (полное покрытие). г. Алматы, г.Астана - вызов и координация скорой медицинской помощи, круглосуточное обслуживание. Регионы - организация скорой медицинской помощи бригадой государственной службы скорой помощи. 4.2.4. Амбулаторно-поликлиническая помощь (Полное покрытие нижеуказанных процедур и услуг). - осмотр врачом (терапевтом, узких специалистов); - диагностика (анализы, все виды УЗИ, рентгенологические, эндоскопические исследования, физиотерапевтические и реабилитационные процедуры и др.); - лаборатория (забор материалов, общеклинические исследования, гистологические и цитологические исследования, система гемостаза, биохимические исследования крови, биохимические исследования мочи, определение уровня гормонов, онкомаркеры, иммунологические исследования, анализы на аутоиммунные заболевания, диагностика инфекционных заболеваний, аллергодиагностика, генетические исследования, микробиологическое исследование, определение тяжелых металлов и др.); - ИФА, ПЦР, РИФ, гормоны щитовидной железы - не более 4-х исследований при каждом страховом случае; - диагностические инструментальные исследования по показаниям; - ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, УЗИ, АД (СМАД), (ДМАД), рентгенография, флюорография, эндоскопия, ультразвуковая доплерография; - лечебные манипуляции: инъекции, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, оториноларингологические и другие амбулаторные процедуры; - услуги процедурного кабинета; - компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) и др. - 3 исследования в год на семью (вне зависимости от вида исследования и вне зависимости от страхового диагноза); - лечебная физкультура, традиционная физиотерапия, гальванизация и электрофорез, диадинамотерапия, ВМТ-терапия, электросон, СМТ- терапия (амплипульс), Д'Арсонваль, индуктотермия, УВЧ-терапия, ДМВ и СМВ терапия (волновая), магнитотерапия, ультразвуковая терапия, УФО, соллюкс, лечение лазером, парафиновые и озокеритовые аппликации, ингаляции, КВЧ-терапия, кислородный коктейль, соляные шахты (галокамера), биоптрон и др по назначению врача (с курс - 10 процедур, 1-го вида физиолечения); - массаж по лечебным показаниям в условиях поликлиники (1 курс - 10 сеансов, не более 1 зоны) по направлению семейного врача - 2 (два) курса в год на семью; - медицинские назначения, также выписка рецептов на получение лекарственных препаратов в аптеках - участниках медицинской сети; - оформление направлений на консультации и лечение к узким специалистам; - оформление направлений на лабораторно-инструментальные исследования; - оформление листов временной нетрудоспособности; - ведение амбулаторной медицинской карты; - постоянное медицинское сопровождение на период действия договора об оказании услуг. 4.2.5. Лабораторно-диагностическое исследование (Полное покрытие). - забор материалов; - общеклинические исследования; - гистологические и цитологические исследования; - система гемостаза; -
--	--

	биохимические исследования крови; - биохимические исследования мочи; - определение уровня гормонов; - онкомаркеры; - иммунологические исследования; - анализы на аутоиммунные заболевания; - диагностика инфекционных заболеваний; - аллергодиагностика; - генетические исследования, микробиологическое исследование, определение тяжелых металлов и др.; - ИФА, ПЦР, РИФ, гормоны щитовидной железы - не более 2-х исследований при каждом страховом случае; Диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID – 19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на базе специализированной лаборатории (Полное покрытие нижеуказанных процедур и услуг по экстренным и лечебным показаниям): - только при наличии тест-систем на территории РК; - для постановки диагноза или для его исключения; - анализ проводится только в городах обл/республ значения; - организация проведения исследования в рамках сети Ассистанса, выбор Клиники остается за Ассистансом; - возможность получения данной услуги самостоятельно с дальнейшим возмещением финансовых средств Застрахованного в полном объеме. 4.2.6. Диагностические инструментальные исследования по показаниям (Полное покрытие нижеуказанных процедур и услуг по экстренным и лечебным показаниям): - ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, УЗИ, АД (СМАД), (ДМАД), рентгенография, флюорография, эндоскопия, ультразвуковая доплерография; - лечебные манипуляции: инъекции, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, оториноларингологические и другие амбулаторные процедуры: - услуги процедурного кабинета; - компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) и др. - 3 исследования в год на семью (вне зависимости от вида исследования и вне зависимости от страхового диагноза); - лечебная физкультура, традиционная физиотерапия, гальванизация и электрофорез, диадинамотерапия, ВМТ-терапия, электросон, СМТ-терапия (амплипульс), Д'Арсонваль, индуктотермия, УВЧ-терапия, ДМВ и СМВ терапия (волновая), магнитотерапия, ультразвуковая терапия, УФО, соллюкс, лечение лазером, парафиновые и озокеритовые аппликации, ингаляции, КВЧ-терапия, кислородный коктейль, соляные шахты (галокамера), биоптрон и др; 4.2.7. Подключение к системе семейных врачей, обслуживание на дому, офисе, медицинском центре (полное покрытие) - консультации семейных врачей в условиях клиники/на дому или офисе; - осмотр, назначение лечения и необходимых диагностических исследований; - выписка направлений на обследование, рецептов; - оформление листов временной нетрудоспособности, - ведение амбулаторной медицинской карты. 4.2.8. Лечение в стационаре по заболеванию, послужившему причиной для госпитализации (полное покрытие) - пребывание в платном отделении не менее 10 календарных дней за один страховой случай, - весь спектр консультативных диагностических и лечебных мероприятий, включая полное лекарственное покрытие; - хирургические вмешательства; - физиотерапию; - питание; - услуги медицинского персонала; - покрытие
--	---

	лекарственных препаратов по стационарному лечению по заболеванию, послужившему причиной для госпитализации. 4.2.9. Стоматологические услуги - осмотр и консультация врача; - терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение острых и хронических заболеваний зубов и десен, лечение кариеса, лечение пульпита, периодонтита и др.; - местная анестезия; - удаление зуба; - вскрытие абсцесса; - остановка кровотечения; - шинирование; - обработка и санация полости рта; - депульпирование; - рентген-диагностика; - медикаментозное лечение; - пломбирование каналов; - снятие пломбы; - восстановление коронки; - реставрация и устранение дефектов пломбы и др. 4.2.10. Покрытие лекарственных препаратов по амбулаторно-поликлинической помощи только по рецепту (лекарственные средства, анестезия, инъекции при оказании стоматологической помощи по медицинским показаниям. Предоставление лекарственных средств по рецепту и назначению семейного врача или узкого специалиста по международному непатентованному наименованию лекарства в соответствии с Национальным лекарственным формуляром РК в аптеках - участниках медицинской сети в пределах выделенного лимита.). 4.2.11. Сумма покрытия стоматологических услуг и покрытие лекарственных препаратов в год на одного сотрудника и на его членов семьи в случае семейного прикрепления: - для работников - 210 000 (двести десять тысяч) тенге, - для руководителей - 280 000 (двести восемьдесят тысяч) тенге. 4.2.12. Профилактический медицинский осмотр работников 1 раз в год: - Терапевт, невропатолог, офтальмолог, гинеколог, хирург, ЛОР - ОАК, ОАМ; - ЭКГ; - Флюорография. 4.2.13. Покрытие расходов по оказанию экстренной медицинской помощи за рубежом: - в связи с выездом в командировку по работе Общества; - эвакуация по медицинским показаниям; - территория покрытия - весь мир; - срок страхования - любые 365 дней в году - страховая сумма - не менее 30 000 евро (шенген виза и др.); 50 000 долларов (США); 4.2.14. Семейное подключение: - членами семьи являются: супруг/супруга до 70 лет включительно, ребенок от 1 года и старше, родители работника до 80 лет включительно; - для работников - 2 (два) члена семьи (бесплатно); - для руководителей - 4 (четыре) члена семьи (бесплатно); - дополнительная страховая премия за каждого следующего прикрепленного - 40 000 (сорок тысяч) тенге; - количество платно прикрепляемых членов семьи - 4 человека (для всех работников). 4.2.15. СТРАХОВАЯ СУММА: - страховая сумма на одного Застрахованного, включая членов семьи, на 12 месяцев с даты подписания Договора: для работников - 5 000 000 (пять миллионов) тенге; для руководителей - 6 000 000 (шесть миллионов) тенге. 4.2.16. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: - страховая премия на одного Застрахованного сотрудника на 12 месяцев с даты подписания Договора: на 1 руководителя - 500 000,00 (пятьсот тысяч) тенге 00 тиын, без учета НДС; на 1 работника - 429 285,70 (четыреста двадцать девять тысяч двести восемьдесят пять) тенге 70 тиын, без учета НДС. Итого общая страховая премия по
--	---

договору на 66 работников – 28 545 000 (двадцать восемь миллионов пятьсот сорок пять тысяч) тенге, без учета НДС. В случае, если фактическое количество Застрахованных работников их членов семьи окажется меньше заявленного (Общее количество Застрахованных), Страховщик обязан вернуть Страхователю часть страховой премии, приходящуюся на работников, не охваченных страховой защитой путем подписания Сторонами дополнительного соглашения с учетом фактической численности Застрахованных. Стоимость страховой премии на одного Застрахованного лица определяется исходя из общей страховой премии, рассчитанной Страховщиком, и срока страхования по заключенному договору. В случае включения нового работника Страхователя в программу страхования в течение срока действия договора, размер страховой премии по нему определяется пропорционально количеству полных календарных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является возникновение расходов Застрахованного в результате его обращения (в период действия страховой защиты) в медицинские учреждения и (или) к врачам медицинской сети Страховщика, за получением консультативной, лечебной, иной медицинской помощи и (или) приобретением медицинских препаратов (далее – медицинские услуги) в связи острым заболеванием, обострением хронического заболевания или травмой, возмещаемых Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования и программы страхования.

5.2. Возникновение расходов Застрахованного, связанных с получением медицинской помощи, относится к страховому случаю при условии, что медицинские услуги: 1) предоставлялись медицинскими учреждениями медицинской сети Страховщика (кроме случаев, предусмотренных Договором) и в соответствии с медицинскими показаниями; 2) являлись необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.

5.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в связи с заболеваниями, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения (согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526).

5.4. Застрахованными по настоящему Договору не могут быть следующие лица: 1) дети до 1 года и лица старше 80 лет; 2) ВИЧ-инфицированные, независимо от того, когда поставлен диагноз (в период действия Договора либо до его заключения); 3) имеющие злокачественные новообразования, независимо от того, когда они выявлены (в период действия Договора либо до его заключения); 4) имеющие к началу страхования группу инвалидности, инвалиды детства, независимо от того, когда она присвоена (в период действия Договора либо до его заключения); 5) госпитализированные к началу страхования. В случае наличия обстоятельств, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе в одностороннем порядке исключить соответствующего Застрахованного, из списка Застрахованных лиц, путем направления письменного уведомления Страхователю. В случае, если

	указанные в настоящем пункте обстоятельства наступили до заключения Договора и были известны Застрахованному на момент Заключения Договора, но о них не было сообщено Страховщику до даты заключения Договора, произведенные страховые выплаты подлежат возврату Страхователем Страховщику, в течении 5 рабочих дней с момента получения Страхователем письменного уведомления от Страховщика. В случае, если указанные в настоящем пункте обстоятельства наступили в период действия Договора либо о них не было известно Застрахованному на момент заключения Договора страховые выплаты производятся до момента наступления (выявления) обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом. 5.5. Страховщик не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов: - контрацептивные препараты; - хондропротекторы; - поливитамины (за исключением лечения ОРВИ и ОРЗ); - противотуберкулезные препараты; - биологические активные добавки; - пробиотики (за исключением назначения на период антибактериальной терапии); - противогрибковые препараты (за исключением назначения в конце антибактериальной терапии); - гомеопатические препараты; - антидепрессанты; - косметические средства; - анорексантные препараты; - иммуномодуляторы, иммунодепрессанты; - статины. 5.6. Страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период действия Договора, осуществляются до момента окончания периода действия страховой защиты, в независимости от необходимости дальнейшего получения Застрахованным Услуг либо продолжения лечения. 5.7. Застрахованный получает Услуги и лекарственные средства в соответствии с Программой медицинского страхования, Технической спецификацией и Договором. 6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ 6.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному врачами и/или медицинскими учреждениями из системы Ассистанса, а также стоимостью лекарственных средств, приобретенных Застрахованным в аптеке по назначению Медицинского работника/Профильного специалиста. 6.2. Застрахованный получает медицинские услуги и лекарственные средства в соответствии с Программой медицинского страхования, Технической спецификацией и Договором. 6.3. В случае если медицинские услуги оказаны и/или лекарственные средства приобретены с превышением лимитов покрытия, установленных Программой страхования, их перерасход оплачивается сам Застрахованный. 7. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ 7.1. В случае семейного прикрепления лимиты страховых выплат, установленные для Застрахованного сотрудника, распределяются между всеми прикрепленными членами семьи, а расходы всех прикрепленных членов семьи на получение медицинских услуг по настоящему Договору, не могут превышать лимита, установленного в отношении Застрахованного сотрудника. 7.2. В случае семейного прикрепления страховая премия, установленная Поставщиком, для члена семьи является фиксированной вне зависимости от момента подключения члена семьи. 7.3. В случае, если день уплаты
--	---

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

8. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Поставщик организует оказание медицинских услуг Застрахованным посредством системы Ассистанса либо Системы ассистанса. Для получения медицинских услуг Застрахованный в порядке установленном настоящим Договором обращается к Ассистансу либо к доверенному врачу Ассистанса для получения соответствующего направления. В случае необходимости получения скорой медицинской помощи застрахованный обращается к врачу Ассистанса либо в диспетчерскую службу по телефонам, указанным на Индивидуальной пластиковой карточке (далее – Страховая карта).

8.2. Настоящий пункт определяет порядок и условия получения Застрахованными следующих медицинских услуг:

8.2.1. оказание скорой медицинской помощи;

8.2.2. оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

8.2.3. оказание стационарной медицинской помощи;

8.2.4. лабораторно-диагностическое исследование;

8.2.5. диагностические инструментальные исследования по показаниям;

8.2.6. оказание стоматологической помощи;

8.2.7. лекарственное обеспечение.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Ассистансом, либо по решению Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в систему Ассистанса. Обеспечение Застрахованных лекарственными средствами осуществляется Ассистансом, а при невозможности обеспечения лекарственными средствами непосредственно Ассистансом в аптеках, входящих в систему Ассистанса.

8.3. Условия оказания медицинской помощи Застрахованным:

8.3.1. Медицинская помощь Застрахованным оказывается только при предъявлении в Ассистанс Страховой карты и документа, удостоверяющего личность Застрахованного. Профильному специалисту, представителю учреждения либо организации из системы Ассистанса, аптеке, входящих в систему Ассистанса, для получения медицинской помощи предъявляются: Страховая карта, удостоверение личности и соответствующий документ (направление, рецепт) выданный Ассистансом. Не предоставление данных документов возможно лишь при оказании экстренной медицинской помощи, когда Застрахованный находился в бессознательном состоянии. Медицинская помощь Застрахованным, находящимся на территории г. Астана, г. Алматы оказывается непосредственно Ассистансом.

8.3.2. Ассистанс вправе, по своему собственному решению предоставить Застрахованному возможность получить услуги, предусмотренные программой страхования в организациях, не являющихся участниками системы Ассистанса. При этом Застрахованный обязан получить соответствующее направление врача Ассистанса.

8.3.3. При возмещении Страховщиком расходов Застрахованного связанных с самостоятельной оплатой услуг предусмотренных программой страхования, в случаях предусмотренных Договором (в том числе согласно подпункту 8.3.2. Договора), Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные услуги и вместе с заявлением на возмещение предоставляет

	Страховщику либо Ассистансу документы для получения возмещения понесенных затрат: • по амбулаторно-поликлинической помощи – счет – фактуру (в случае предоставления учреждением), Акт выполненных работ с наименованием услуг и стоимости (в случае если нет расшифровки в фискальном чеке); фискальный чек, копию выписки из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача, бланк направления врача Ассистанса; • по стационарному лечению – счет – фактуру (в случае предоставления учреждением), Акт выполненных работ с наименованием услуг и стоимости (в случае если нет расшифровки в фискальном чеке) фискальный чек, копию выписки из стационара; • по стоматологическому лечению – заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом) заверенный печатью учреждения, акт выполненных работ, счет фактура (в случае предоставления учреждением), фискальный чек, заверенную стоматологической организацией копию лицензии на право оказания стоматологических услуг (лицензия предоставляется при наличии требования Страховщика); • по лекарственному обеспечению – фискальный чек с перечнем лекарственных средств, либо товарный чек/накладную, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций, неиспользованный рецепт врача Ассистанса. При необходимости Страховщик либо Ассистанс вправе истребовать иные документы имеющие отношение к событию, обладающему признаками страхового случая. Страховщик либо Ассистанс вправе удержать с суммы возмещения расходы на комиссию за перевод, исключительно по действующим тарифам банка. 8.3.4. Виды лечения, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств определяется специалистами медицинской организации. 8.3.5. Медицинская карта амбулаторного пациента (далее - амбулаторная карта) оформляется при первом обращении Застрахованного за оказанием медицинской помощи. 8.3.6. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, фиксируются в амбулаторной карте. 8.3.7. В случае, если медицинский работник усмотрит нарушение Застрахованным условия настоящего Договора о запрете передачи Страховой карты третьим лицам, он имеет право до выяснения всех обстоятельств удержать Страховую карту у себя. 8.4. Порядок оказания скорой медицинской помощи Застрахованным: 8.4.1. Для оказания скорой медицинской помощи Застрахованный обращается к врачу Ассистанса либо в диспетчерскую службу по телефонам, указанным на Страховой карте. 8.4.2. В случае, если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса. 8.4.3. Ассистанс вправе, при отсутствии свободных скорой (неотложной) помощи принадлежащую организации, с которой заключены соответствующие договоры, направить на вызов бригаду скорой медицинской помощи «103». 8.5. Порядок оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: 8.5.1. В случае появления необходимости оказания Застрахованному амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, Застрахованный
--	---

	обращается в диспетчерскую службу Ассистанса, номер телефона и место нахождения которой указаны на Страховой карте. 8.5.2. Ассистанс организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования и Договором. 8.5.3. Медицинский работник Ассистанса осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, назначается лечение, либо Застрахованный направляется к профильному специалисту для проведения дополнительной диагностики и последующего назначения лечения. 8.5.4. Назначения медицинских работников (в том числе, и необходимые лекарственные средства) фиксируются в амбулаторной карте, которая является собственностью Ассистанса и передается Застрахованному только для посещения врача Ассистанса. На основании сведений, изложенных в амбулаторной карте, медицинские работники Ассистанса выписывают Застрахованному рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами в аптеках системы Ассистанса. 8.6. Порядок оказания стационарной медицинской помощи: 8.6.1. Вопрос необходимости стационарного лечения решает медицинский работник. Для получения соответствующего решения Застрахованный обращается в диспетчерскую службу Ассистанса, номер телефона и место нахождения которого указаны в Страховой карте. 8.6.2. Медицинский работник Ассистанса производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого выдает Застрахованному направление на госпитализацию в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен им самостоятельно, либо направляет Застрахованного к профильному специалисту (исходя из медицинских показаний) для решения вопроса о необходимости госпитализации. 8.6.3. В случае самостоятельного экстренного обращения в стационар, не входящий в систему Ассистанса, Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (выписка из истории болезни, фискальный кассовый чек, счёт-фактура с печатью организации), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации Поставщиком произведенных расходов. К указанным документам, Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении страховой выплаты и иные документы. 8.7. Порядок оказания стоматологической помощи: 8.7.1. Для оказания стоматологической помощи Застрахованный имеет право обратиться в стоматологическую клинику, входящую в систему Ассистанса как самостоятельно, так и через диспетчерскую службу Ассистанса. 8.7.2. При первом обращении к профильному специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта, а также фиксируется зубная формула. 8.7.3. В случае получения Застрахованным стоматологической помощи в экстренном порядке возмещение расходов производится Страховщиком в размере 70 % от стоимости фактически оказанных услуг в пределах сублимита страховой суммы, установленного программой страхования. 8.7.4. В случае получения Застрахованным экстренной стоматологической помощи в медицинском учреждении не являющемся
--	--

участником Системы ассистанса Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (фискальный кассовый чек, акт выполненных работ (наряд) с печатью организации и другие), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации произведенных расходов в пределах лимитов, установленных Программой страхования и Договором. К указанным документам Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении страховой выплаты. Документы на возмещение предоставляются не позднее 2 (двух) календарных месяцев с даты получения/оплаты стоматологической услуги.

8.8. Порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:

8.8.1. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, выданный медицинским работником Ассистанса.

8.8.2. Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Ассистанса, а в случае отсутствия в аптеке Ассистанса необходимых лекарственных средств в одну из аптек, входящих в систему Ассистанса.

8.8.3. В случае, если необходимых лекарственных средств в этой аптеке не оказалось, Застрахованный имеет право приобрести лекарственные средства в любой другой 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 (фискальный кассовый чек и товарный чек с указанием выданных лекарственных средств и печатью организации), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации произведенных расходов. К указанным документам, Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении возмещения произведенных расходов.

8.8.4. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случаях, указанных в настоящей Технической спецификации, производится Поставщиком либо Ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным Ассистансу всех необходимых документов, подтверждающих наступление страхового случая и произведенные расходы.

8.9. Настоящей технической спецификацией установлен следующий порядок организации медицинского страхования Застрахованного за пределами Республики Казахстан:

8.9.1. При появлении необходимости организации медицинского страхования за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного, Страхователь обращается к Страховщику с соответствующим заявлением, содержащим информацию о сроке и стране пребывания. К заявлению копия паспорта Застрахованного.

8.9.2. Страховщик в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления Заказчика выдает страховой полис, обеспечивающий страховую защиту Застрахованного за пределами Республики Казахстан, в объеме, предусмотренном Программой страхования.

8.9.3. 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, входящими в систему Ассистанса, врачебные назначения, иные документы, подтверждающие оказание медицинских услуг Застрахованным, установленные Договором на оказание медицинских услуг. 8.9.4. В случае если Страхователем по полису добровольного страхования граждан, выезжающих за границу является Застрахованный, страховой полис подписывается Застрахованным работником, выступающим в качестве Страхователя по договору добровольного страхования граждан выезжающих за границу. 9. ИЗМЕНЕНИЕ СПИСКА ЗАСТРАХОВАННЫХ 9.1. Список Застрахованных подлежит изменению, по согласованию Сторон, в следующих случаях: 9.1.1. включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора; 9.1.2. исключение лица из Списка Застрахованных; 9.1.3. замена Застрахованных (касается только сотрудников Страхователя). 9.2. Включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора страхования, осуществляется Поставщиком в следующем порядке: 9.2.1. Страхователь обращается к Поставщику с Заявлением о включении/замене в Список Застрахованных лиц с указанием Программы страхования для каждого включенного лица (далее – Заявление). 9.2.2. Поставщик, после получения и рассмотрения Заявления, направляет Страхователю Соглашение о внесении изменений в Договор (в части общей страховой премии и общей страховой суммы) и в Список Застрахованных, а также счет на уплату страховой премии либо отказ от включения дополнительных Застрахованных. 9.2.3. После уплаты Страхователем страховой премии в отношении дополнительно включаемых лиц и подписания соглашения о внесении изменения в Договор и в Список Застрахованных, Поставщик в течение 5 (пяти) рабочих дней обязан изготовить Страховые карты и в соответствии с актом приема-передачи вручить их Страхователю. 9.2.4. Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается со дня, установленного Сторонами в соглашении о включении Застрахованных. 9.2.5. В случае семейного прикрепления включение в Договор члена семьи производится в течение 10 (десяти) дней с момента включения в него Застрахованного сотрудника, по истечении указанного срока семейное прикрепление не осуществляется. 9.3. Исключение лица из Списка Застрахованных осуществляется в следующем порядке: 9.3.1. Досрочное исключение Застрахованного из списка Заказчика осуществляется на основании его письменного заявления Заказчику, с возможностью включения в страховку на место исключенного застрахованного других сотрудников Заказчика. 9.3.2. В случае получения письменного заявления Застрахованного о досрочном исключении его из списка застрахованных
--	---

	Заказчик обращается к Поставщику с письменным Заявлением либо сообщением, направленным по электронной почте об исключении лица из Списка Застрахованных. 9.3.3. Поставщик, получив заявление, уведомляет Ассистанс о необходимости прекращения оказания медицинских услуг Застрахованному и членам его семьи, в случае семейного прикрепления. 9.3.4. Действие страховой защиты в отношении лица, исключаемого из Списка Застрахованных, прекращается с момента получения Ассистансом уведомления Заказчика об исключении, но в любом случае не позднее 23 часов 59 минут дня получения Поставщиком заявления Заказчика. 9.3.5. Лицу, исключенному из списка Застрахованных, по его письменному запросу, Поставщик выдает копию медицинской карты амбулаторного больного. 9.3.6. Исключение из списка застрахованных (по любым основаниям), лица являющегося Застрахованным работником Заказчика влечет за собой исключение из списка Застрахованных членов его семьи и прекращение действия в отношении них страховой защиты. 9.3.7. В случаях, предусмотренных Договором исключение Застрахованного из списка застрахованных лиц может быть произведено Поставщиком в одностороннем порядке на основании письменного уведомления, направленного Поставщиком Заказчику. 9.4. Замена Застрахованного осуществляется в следующем порядке: 9.4.1. Заказчик обращается к Поставщику с Заявлением либо сообщением, направленным по электронной почте о замене Застрахованного лица (далее – предшественника) вновь включенным лицом, без осуществления дополнительной платы за вновь включенное лицо. При этом, надлежащим считается уведомление, направленное от имени Заказчика по электронной почте. 9.4.2. Замена Застрахованного производится Поставщиком автоматически без доплаты за нового Застрахованного по истечении 25 календарных дней, с даты исключения заменяемого Застрахованного работника Заказчика. 9.4.3. Поставщик в отношении вновь включаемого лица и по истечении 25 календарных дней со дня получения Заявления направляет Заказчику Соглашение о внесении изменений в Список Застрахованных. 9.4.4. После подписания Сторонами соглашения о внесении изменений в Список Застрахованных, Поставщик в течение 5 (пяти) рабочих дней обязан изготовить Страховые карты и в соответствии с актом приема-передачи вручить их Заказчику. 9.4.5. В случае семейного прикрепления замена члена семьи в течение периода действия Договора не производится. 9.4.6. Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается с 00 часов 01 минуты дня, следующего за днем подписания сторонами соглашения о внесении изменений в Список Застрахованных. 9.4.7. Страховая защита в отношении предшественника прекращается с 23 часов 59 минут дня получения Поставщиком заявления о замене Застрахованного. Предшественнику, исключенному из списка Застрахованных в порядке замены, по его письменному запросу, Поставщик выдает копию карты амбулаторного больного. 9.4.8. В случае если в отношении лица, исключаемого из Списка Застрахованных, Страховщик осуществлял страховые выплаты
--	--

	(т.е. оплата за любые медицинские услуги, включая лимитированные опции, такие как - стоматология и медикаменты), замена Застрахованного не производится. Страховщик в отношении вновь включаемого лица и до истечения 25 календарных дней (период времени, необходимый для получения достоверной информации от Ассистанса по страховым выплатам предшественника, если таковые имели место) со дня получения Заявления направляет Страхователю Соглашение о внесении изменений в Список Застрахованных. 9.4.9. При исключении Застрахованного из Списка Застрахованных, в отношении которого Поставщик осуществлял страховые выплаты, Договор в отношении исключаемого Застрахованного считается прекращенным согласно п.2. ст. 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан.
Условия к потенциальному поставщику в случае определения его победителем и заключения с ним договора о государственных закупках (указываются при необходимости) (Отклонение потенциального поставщика за не указание и непредставление указанных сведений не допускается)	