**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**о закупках услуг медицинского страхования**

**работников и членов их семей на случай болезни**

г. Алматы «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем **«Страховщик»**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

**ТОО «Samruk-Green Energy**», именуемое в дальнейшем **«Страхователь»,** в лице Генерального директора Букенова Т.Ш., действующего на основании Устава, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», руководствуясь Правилами закупок товаров, работ и услуг акционерным обществом «Фонд национального благосостояния «Самрук-Казына» и организациями пятьдесят и более процентов акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Казына» на праве собственности или доверительного управления, утвержденных Советом директоров АО «Самрук-Казына» (от 28 января 2016 года № 126) (далее - Правила), заключили настоящий договор о закупках услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом Договора является добровольное страхование на случай болезни работников Страхователя, а также членов их семей, в связи с чем, Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик (Представитель Страховщика) обязуется при наступлении страхового случая организовать и обеспечить (финансировать) оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими организациями или врачами из списка Страховщика (Представителя Страховщика) путем оплаты медицинским организациям и/или врачам расходов по оказанным медицинским услугам Страхователю (Застрахованному), предусмотренным Договором.

1.2. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным, определен в программе страхования (Приложение №1)

**2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДОГОВОРЕ**

2.1. ***Врач*** – лицо, имеющее высшее медицинское образование, и лицензию на право осуществления соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

2.2. ***Семейный врач или******Врач - координатор*** – лицо, осуществляющее организацию предоставления и получения Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором.

2.3. ***Врачебная тайна*** – правило поведения медицинских организаций и медицинских работников о неразглашении информации о состоянии здоровья и заболеваниях Застрахованного.

2.4*.* ***Выгодоприобретатель*** - лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты. По настоящему Договору выгодоприобретателями признаются**:**

а) в случае организации и предоставление услуг Медицинским ассистансом и/или медицинскими организациями – Медицинский ассистанс;

б) в случае самостоятельной оплаты услуг Застрахованным, на условиях настоящего Договора – Застрахованный.

2.5. ***Госпитализация по экстренным показаниям*** – госпитализация Застрахованного в медицинскую организацию в случае внезапного ухудшения состояния его здоровья.

2.6. ***Застрахованный*** – сотрудники Страхователя, а также члены их семей в соответствии со Списком застрахованных (Приложение 2), в отношении которых осуществляется страхование, соответствующее требованиям настоящего Договора;

2.7. ***Медицинская организация*** – специализированная медицинская организация, которая предоставляет Застрахованному медицинские услуги, имеющее лицензию на право осуществления соответствующей медицинской деятельности, с которым Страховщик (Представитель Страховщика) заключил Договор на оказание медицинских услуг Застрахованному.

2.8. ***Направление семейного врача или врача - координатора*** – документ установленного образца, выдаваемый семейным врачом/врачом-координатором Представителя Страховщика, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.

2.9. ***Программа страхования* (Приложение 1 к Договору)** – перечень медицинских услуг, лекарственное обеспечение, предоставляемых Застрахованному медицинскими организациями, врачами, аптеками в пределах установленных лимитов согласно Договору.

2.10. ***Период действия страховой защиты*** – период времени, в течение которого Страховщик (Представитель Страховщика) несет свои обязательства в соответствии с Договором.

2.11. ***Представитель Страховщика*** (медицинский ассистанс) – юридическое лицо, которое организовывает и предоставляет для Застрахованного медицинскую помощь в соответствии с Договором и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности.

2.12. ***Страховщик*** – юридическое лицо, заключающее Договор со Страхователем.

2.13. ***Страховая сумма*** – это сумма денег, на которую застрахован объект страхования, которая является предельным объемом ответственности Страховщика (Представителя Страховщика), установленный в соответствии с Программами страхования Договора.

2.14. ***Страховая премия*** – сумма денег, которую Страхователь оплачивает Страховщику за принятие последним обязательств, предусмотренных Договором.

2.15. ***Страховой случай*** – событие, с наступлением которого Договор предусматривает обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования;

2.16. ***Страховая выплата*** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком (Представителем Страховщика) Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия страховой защиты, при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.17. ***Страхователь*** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной гражданским законодательством Республики Казахстан, заключившее со Страховщиком Договор.

2.18. ***Список Застрахованных*** – перечень лиц, подлежащих медицинскому страхованию, предоставляемый Страхователем Страховщику (Представителю Страховщика) и по необходимости обновляемый в порядке и сроки, установленные Договором. Список Застрахованных приведен в Приложении 2 к Договору.

2.19. ***Стационарное лечение по экстренным показаниям*** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), в связи с внезапно возникшим заболеванием Застрахованного.

2.20. ***Стационарное лечение по медицинским показаниям*** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика), необходимость которого была заранее очевидна, и дата проведения которого была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.21. ***Страховая документация*** - документация, выдаваемая Страховщиком, Застрахованным для получения медицинских услуг, предусмотренных Программами страхования. Страховая документация включает в себя: личную карточку Застрахованного с указанием на ней индивидуального номера карточки, Фамилию, Имя, Отчество ее владельца, название программы страхования, периода страхования, наименование Страхователя, номера контактных телефонов Представителя Страховщика. Данная страховая документация подтверждает право Застрахованных на получение медицинской помощи в медицинских организациях из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.22. ***Территория страхования*** – Республика Казахстан.

2.23. ***Хирургическая операция по экстренным показаниям*** – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, немедленно сделанная Застрахованному после его поступления в приемный покой медицинской организации.

2.24. ***Хирургическая операция по медицинским показаниям*** – операция, необходимость и дата проведения которой была заранее определена врачом из Списка Страховщика (Представителя Страховщика) и которая была проведена в медицинской организации из Списка Страховщика (Представителя Страховщика).

2.25. ***Член семьи*** (лицо, включенное в список Застрахованных) – мать, отец, родные сёстра или братья, супруг (супруга) Застрахованного и дети в возрасте от 1 года до 18 лет.

2.26. ***Экстренные показания*** – это внезапное ухудшение здоровья Застрахованного, вызванное непредвидимым заболеванием Застрахованного.

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

2.28. ***Диагностические показания*** – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование). Диагностические мероприятия проводятся при угрожающих состояниях, при впервые появившихся болевых симптомах, при обострениях хронических заболеваний.

2.29. ***Лечебные показания*** – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом в период обострения заболевания.

2.30. ***Профилактические показания –*** комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры.

2.31. ***Амбулаторно-поликлиническая помощь*** **-** профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Важной составной частью при этом являются профилактические осмотры, медицинские осмотры, [диспансеризация](http://medarticle32.moslek.ru/articles/16315.htm).

2.32. ***Медицинские показания*** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, в том числе, и заболеваний, находящихся вне стадии обострения.

## 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

* 1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с частичной или полной компенсацией расходов Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья в период действия страховой защиты.
  2. Лица, включенные Страхователем в список Застрахованных, не являющиеся работниками Страхователя, имеют все права Застрахованного лица, предусмотренные Договором.
  3. Застрахованными могут быть дети работников Страхователя от 1 года до 18 лет, супруг/супруга до 65 лет, родители до 65 лет, родные братья и сёстры.
  4. К одному Застрахованному может быть прикреплено не более 3-х членов семьи, если иное не оговорено соглашением сторон.
  5. Если иное не оговорено Договором страхования, не подлежат страхованию лица, которые:

1. госпитализированы на момент заключения Договора страхования по любому заболеванию;
2. имеют на дату заключения Договор медицинского страхования;
3. имеют следующие из заболеваний, входящих в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 августа 2017 года № 595.
   1. Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного связанным с :
4. диагностикой и лечением заболеваний, указанных в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 08 декабря 2016 года № 1043 «Об утверждении перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» и заболеваний, указанных в Приказе Министра здравоохранения и социального развития РК от 21.05.2015 г. № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;
5. диагностикой и лечением психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также различные травмы/заболевания, возникшие и/или явившиеся последствиями вышеперечисленных заболеваний;
6. диагностикой и лечением хронических заболеваний вне стадии обострения;
7. диагностикой и лечением аутоиммунных заболеваний;
8. лечением профессиональных заболеваний;
9. лечением врождённых, а также наследственных заболеваний/пороков развития, в том числе ДЦП (детский церебральный паралич);
10. инфекционными заболеваниями, а именно:
11. диагностикой и лечением любых инфекционных заболеваний, в том числе инфекций, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдением за контактными лицами, исключение: ОРВИ;
12. диагностикой и лечением любых венерических заболеваний и ЗППП (заболеваний, передающихся половым путем) включая гонорею, сифилис, паховую гранулему, цитомегаловирусную инфекцию, урогенитальный герпес, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, трихомониаз;
13. диагностикой и лечением любых разновидностей пандемического гриппа (птичий, свиной и др.);
14. лечением чесотки, грибковых заболеваний (исключения: кандидоз ЛОР- органов, легочной кандидоз);
15. диагностикой и лечением эпилепсии, болезни (синдромом) Паркинсона, болезни Альцгеймера, полиомиелита, гидроцефалии; последствий и осложнений перенесенного нарушения мозгового кровообращения; дегенеративно-дистрофические и демиелинизирующие заболевания нервной и костной системы; гепато-церебральная дистрофия (Болезнь Вильсона-Коновалова); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения нервной системы, нарушение речи.

При этом если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию по страховому случаю, не связанного с лечением вышеперечисленных заболеваний, то медицинская услуга (осмотр, лечение и т.д.) оказывается в полном объеме согласно Приложению 1;

1. диагностикой и лечением заболеваний крови, том числе всех видов анемий;
2. лечением заболеваний костного аппарата (артриты/артрозы любой этиологии, остеопорозы, в том числе деформирующие остеоартрозы, хронические остеомиелиты дисплазии, нарушения осанки, остеофиты);
3. лечением заболевания сосудов и их последствий, а именно: атеросклерозом, аневризмой, болезнью Такаясу (неспецифический аортоартериит), Болезнью Бюргера (облитерирующий тромбоангиит, эндоартериит), синдромм Вегенера; варикоцеле, тромбофлебитом, варикозным расширением вен прямой кишки;
4. глазными болезнями, а именно:

1)лечением катаракты, глаукомы, птеригиума, спазма аккомодации, косоглазия, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки;

2) массажем век и биостимуляция глазного яблока; манипуляциями, связанные с применением аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

3) подготовкой к проведению и непосредственно операциями, связанные с миопией, гиперметропии, астигматизмом, в том числе операции с применением лазера;

1. лечением хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
2. лечением заболеваний мочеполовой системы: поликистоз почек/яичников, хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей; энурезы любого происхождения;
3. диагностикой и лечением заболеваний предстательной железы: простатиты, аденомы и т.д., проведением урологического массажа (исключение первичная консультация уролога и УЗИ предстательной железы);
   1. лечением сахарного диабета 1 и 2 типа, несахарного диабета, синдрома и болезнь Иценко-Кушинга, феохромацитому, болезнь Аддисона, гипофизарный нанизм; врожденный гипотиреоз, заболеваниями щитовидной железы и их последствиями;
4. репродуктивной функцией, а именно:
   1. диагностикой и лечением: бесплодия и/или импотенции, лечением нарушений менструального цикла, климактерического синдрома;
   2. любыми методами контрацепции, в том числе введением/удалением внутриматочной спирали (ВМС);
   3. искусственным оплодотворением, генетическими исследованиями, услугами планирования семьи;
   4. исследованием на онкоцитологию и кольпоскопию более 1 раза за период страхования на каждого застрахованного;
   5. искусственным прерывание беременности (аборт) и его последствиями, за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованной;
   6. патронажем беременности и родов (включая все виды осложнений по беременности и родам), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
5. лечением доброкачественных новообразований и/или гиперпластических процессов (аденома, фибромиома, мастопатия, эрозия шейки матки и т.д.);
6. лечением хронических кожных заболеваний: псориаз, врожденный ихтиоз, экзема, аллопеция, атопический дерматит, нейродермиты, микозы, витилиго, бородавки, угревая болезнь, демодекоз, а так же любые виды лишая и/или герпеса, независимо от нозоологии;
7. заболеваниями желудочно-кишечного тракта:

- лечением циррозов печени и гепатитов, хронической печеночной недостаточности независимо от формы, вида, нозологии и т.д.;

- исследование «Гастропанель»;

-лечением болезни Крона, стеатогепатоза, целиакии, хронического энтерита, неспецифического язвенного колита, дисбактериоза;

1. диагностикой и лечением паразитарных заболеваний (гельминтозов), независимо от вида/нозологии;
2. диагностикой и лечением заболеваний иммунной системы;
3. расходами по любого рода трансплантации, имплантации и/или протезированию, в том числе эндопротезированию, остеосинтезу, остеопластики, реконструктивные/востановительные операции, любые операции с использованием различных фиксаторов (штифтов, винтов, болтов, спиц, пластин, костных швов, дистракционно-компрессионых аппаратов и т.д.), операции по пересадке органов и тканей; исключение: трансплантация кожи при ожогах III-IV степени, с целью спасения жизни Застрахованного;
4. обследованиями ИФА, ПЦР и/или РИФ-диагностикой, а также определения уровня половых гормонов, отвечающих за репродуктивную функцию, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
5. предоставлением следующих услуг по стоматологии:
   * любая реставрация зуба;
   * хирургические вмешательства с косметологической целью;
   * ортодонтия;
   * снятие зубных отложений и/или зубного камня, выполненное с профилактической целью;
   * профилактические мероприятия (серебрение, фторирование и тд.);
   * профилактика и лечение заболеваний полости рта аппаратом VECTOR;
6. получением сеанса/курса массажа, а именно:
   1. общего массажа, исключение наличие опции «общий массаж» в Программе страхования;
   2. профилактического массажа;
7. предоставлением услуг психотерапевта, диетолога, генетика, логопеда;
8. с любыми расходами на пластические операции, косметологическую диагностику/лечение и любыми другими видами диагностики/лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий (включая любую ринопластику), хирургическим изменением пола, коррекцией веса/фигуры, диагностикой и лечением ожирения/дистрофии;
9. нетрадиционными методами диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикуло- и акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная пульсовая диагностика, энергоинформатика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, сухой подводный душ-массаж, грязелечение, соляная шахта (спелеотерапия), вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, флойтинг-ванны, жемчужные ванны, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, магнитотерапия, любые виды лазерной терапии, озонотерапии (например: ванны ион-азон), гипербарическая и нормобарическая оксигенотерапия, гипокситерапия, гомеопатия, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, трудотерапия, аромотерапия, цветотерапия, аюрведа, кишечное орошение, биомеханическое вытяжение и т.д.;
10. расходами, связанными с оформлением санаторно-курортных книжек; с проездом, проживанием, питанием в санаторно-курортных учреждениях.
11. Страховщик не осуществляет страховую выплату (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги) в случаях:
12. если Страхователь (Застрахованный) передал медицинскую пластиковую карточку третьим лицам, не являющимся Застрахованными по данному Договору, с целью получения последними медицинского обслуживания;
13. не предусмотренных настоящим Договором или Программой страхования;
14. получения Застрахованным медицинских услуг до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного.
15. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги), если страховой случай наступил (получение медицинских услуг возникло) вследствие:
16. умышленного причинения Застрахованным телесных повреждений самому себе, в том числе покушение на самоубийство;
17. умышленных действий Страхователя/Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
18. действий Страхователя (Застрахованного), признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
19. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
20. гражданской войны, народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок; военных действий, актов терроризма.

41. Страхованием не покрывается затраты на следующие лекарственные средства и медицинскую технику:

1. ремонт и покупку медицинской и корригирующей техники (очки, оправы, линзы, костыли, слуховые аппараты, протезы, ортопедическая обувь, инвалидные коляски, бандажи и др.);
2. не медикаментозные средства медицинского, гигиенического и/или профилактического назначения (защитные маски, кварцевые лампы, ионизаторы, ингаляторы, лечебные пояса, грелки, гигиенические пеленки, памперсы, матрацы от пролежней, биотуалеты, изделия медицинского назначения (ИМН) медикаментозные и не медикаментозные, исключение шприцы и системы» и т.д.)
3. контрацептивные препараты и средства;
4. антидепрессанты;
5. поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
6. противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;
7. хондропротекторы;
8. пробиотики;
9. стоимость контрастного вещества при диагностических обследованиях любыми методами магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ);
10. биологические активные добавки (БАДы), биологические стимуляторы) и гомеопатическиепрепараты; иммуномодуляторы; иммуностимуляторы; гепатопротекторы;
11. гормональные препараты (исключение: оказание экстренной помощи), анорексантные средства, косметические средства;
12. лекарственные средства, не зарегистрированные на территории Республики Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством как лекарственные средства, а также медицинские расходы, связанные с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств.

**4.** **СТРАХОВАЯ СУММА**

42.Страховая сумма на одного Застрахованного устанавливается в соответствии с Приложением 1 к Договору согласно выбранной программе страхования.

4.2. Общая страховая сумма на момент заключения Договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге без учета НДС.

4.3. После осуществления страховой выплаты размер страховой суммы уменьшается на величину осуществленной страховой выплаты.

1. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ**
   1. Общая страховая премия на момент заключения Договора рассчитывается в соответствии с Приложением 1 к Договору и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге без учета НДС (далее – Общая стоимость Договора).
   2. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной Программой страхования и составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) тенге.
   3. Страховая премия на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования и составляет - 2 члена семьи бесплатно, за дополнительного члена семьи \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) тенге.
   4. Страховая премия подлежит уплате Страхователем двумя равными частями (страховыми взносами), подлежащими уплате в следующие сроки:

* Первый страховой взнос в размере 50% от страховой премии, а именно в размере \_\_\_ (\_\_\_) тенге, в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента заключения настоящего договора на основании оригинала счета на оплату;
* Второй страховой взнос в размере 50% от страховой премии, а именно в размере \_\_\_ (\_\_\_) тенге до 30 сентября 2018 года на основании счет фактуры.

**6. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА (ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА) ОТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.**

**ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (застрахованного) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.**

6.1. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного (лица, включенного в список Застрахованных) в медицинские организации из списка Представителя Страховщика (Приложение 3 к Договору) по поводу заболевания, травмы, по иным основаниям, требующим оказания медицинской помощи или консультации медицинских специалистов, а также другие случаи в соответствии с перечнем и объемом услуг, предусмотренных Приложением 1 к Договору.

6.2. Основания освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая указываются в статье 3 настоящего Договора.

6.3. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая указываются в Приложении 4 к Договору.

**7.** **Порядок и условия осуществления страховых выплат**

7.1. Страховщик назначает своим представителем по вопросам организации и предоставления медицинских услуг Застрахованным на территории страхования РК, в соответствии с Приложением № 1 к Договору -\_\_\_\_\_\_\_\_, телефоны круглосуточной диспетчерской службы call-centre -, телефоны в г. Алматы 8 7727 …. Представитель, в свою очередь, назначает ответственных лиц (семейного врача или врача-координатора) за организацию медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным.

7.2. При наступлении страхового случая Представитель Страховщика самостоятельно организовывает, контролирует и оплачивает расходы врачей или медицинских организаций за оказание Застрахованному медицинской помощи (услуг) в пределах страховой суммы, предусмотренной Договором.

7.3. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинских услуг, полученных Застрахованным у врачей и в медицинских организациях из списка Представителя Страховщика, по ценам, согласованным между Представителем Страховщика и врачом и/или медицинской организацией по каждому определенному страховому случаю, но не дороже расценок, применяемых врачом и\или медицинской организацией при оказании медицинских услуг по отношению к иным лицам.

7.4. Страховая выплата осуществляется Страховщиком (Представителем Страховщика) безналичным платежом, с оформлением всех надлежащих документов в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения от врача, медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы медицинского страхования (Приложение 1).

7.5. Продолжительность пребывания на стационарном лечении Застрахованного определяется врачом медицинской организации из списка Представителя Страховщика, но его стоимость не может превышать страховой суммы, установленной программой страхования (Приложение 1).

7.6. В случае превышения расходов Застрахованного страховой суммы за оказанные медицинские услуги, Представитель Страховщика обязан уведомить об этом Застрахованного (лицо, включенное в список Застрахованных) в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения от медицинской организации или врача счета на оплату.

7.7. После уведомления о превышении расходов Застрахованный (Страхователем) обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика в течение 10 (десяти) рабочих дней.

7.8. В случае неоплаты превышения расходов Застрахованным, страховая защита по данному Застрахованному приостанавливается до момента оплаты.

#### **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Правовые взаимоотношения и ответственность Сторон возникают с момента подписания Сторонами Договора.

8.2. **Страховщик (Представитель Страховщика) имеет право**:

8.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;

8.2.2. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги;

8.2.3. направлять запросы в соответствующие медицинские и иные компетентные организации по факту страхового случая;

8.2.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

8.2.5. требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;

8.2.6. при невозможности получения медицинских услуг у врачей и в медицинских организациях из списка Страховщика (Представителя Страховщика), отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретения медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских организациях, не указанных в списке Страховщика (Представителя Страховщика);

8.2.9. изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя или Застрахованного;

8.2.10. совершать иные действия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

8.3**. Страховщик (Представитель Страховщика) обязан**:

8.3.1. назначить своего представителя по вопросам организации и предоставления медицинских услуг Застрахованным;

8.3.2. ознакомить Страхователя с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из Договора, программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.3.3. ежеквартально предоставлять Страхователю отчет по оказанным медицинским услугам с указанием Ф.И.О. Застрахованного, суммы, периода и вида медицинских услуг;

8.3.4. обеспечить оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и Программой страхования;

8.3.5. обеспечить контроль над выполнением соответствующих договоров с медицинскими организациями, указанными в Приложении 3 к Договору, на оказание ими услуг Застрахованным согласно условиям Договора;

8.3.6. обеспечить тайну страхования, в том числе, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Застрахованном, Страхователе;

8.3.7. предоставить Страхователю страховую документацию на каждого Застрахованного в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня подписания Договора.

8.3.8. при утрате/утере личной карточки Застрахованного, Застрахованный должен известить об этом Страхователя. В случае утраты/утери личной карточки члена семьи Застрахованного, Застрахованный должен известить об этом Страховщика. Утерянные личные карточки признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором. Взамен утраченных Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней выдаются новые личные карточки: в первый раз - бесплатно, при повторной утере – за счет Застрахованного в размере \_\_\_ (\_\_\_\_) тенге;

8.3.9. в течение 5 (пять) рабочих дней после подписания Договора предоставить Страхователю сведения о прогнозируемой доле местного содержания в оказываемых Услугах, и при подписании окончательного акта оказанных Услуг не позднее 10 дней до даты окончания срока действия Договора предоставить отчетность по доле местного содержания в Услугах согласно форме Приложения № 5 к Договору;

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

8.3.11. в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным), либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный договором страхования.

8.4. **Страхователь имеет право:**

8.4.1. получать разъяснения по программам страхования, об условиях Договора, порядке предоставления медицинских услуг;

8.4.2. изменять состав списка Застрахованных путем направления письменного уведомления Страховщику;

8.4.3. требовать предоставления Ассистансом Застрахованному медицинских услуг, определенных в Договоре, в соответствии с Программами страхования и в порядке, определенном Договором. В случае непредставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить об этом Страховщика;

8.4.4. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан;

8.4.5. оспорить отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или его решение об отсрочке в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке;

8.4.6. в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора и требовать возмещения убытков в случае представления Страховщиком недостоверной информации по доле местного содержания в Услугах. При этом, Страховщик обязан возместить все убытки, причиненные Страхователю в связи с неисполнением Страховщиком указанных обязательств.

8.5. **Страхователь обязан**:

8.5.1. осуществлять оплату страховой премии в сроки и в размерах, предусмотренных условиями Договора.

8.5.2. ознакомить Застрахованных с условиями, предусмотренными Договором, разъяснить им права и обязанности, возникающие из настоящего Договора;

8.5.3. ознакомить Застрахованных с программами страхования и перечнем медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованным) по Договору;

8.5.4. при увольнении Застрахованных работников в течение 3 (трех) рабочих дней письменно уведомлять об этом Страховщика с предоставлением всех данных о таких работниках и членов их семей, а также изъять у таких работников и членов их семей страховую документацию и передать вместе с письменным уведомлением Страховщику;

8.5.5. письменно уведомить Страховщика за 14 рабочих дней о дате проведения вакцинации, либо профилактического осмотра для Застрахованных с предоставлением списка Застрахованных и регионов.

8.5.6. предоставить Страховщику контактные данные (Ф.И.О., наименование должности, телефон, электронный адрес) ответственных лиц Страхователя для получения каких-либо подтверждений и/или любой другой информации, необходимой Страховщику для оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором, и/или проверки обращений Застрахованных;

8.5.7. при передаче медицинских пластиковых карточек Застрахованным сотрудникам получить подпись на согласие/ отказ на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, на сбор, обработку, хранение и передачу персональных данных.

8.5.11. при увольнении Застрахованного или исключении его из списка Застрахованных изъять у него медицинские пластиковые карточки, выданные ему и членам его семьи, не позднее даты увольнения;

Датой полного и надлежащего исполнения Страховщиком обязательств по Договору будет являться дата подписания Сторонами акта оказанных Услуг по Договору с представлением отчетности по доле местного содержания в Услугах.

8.6. **Застрахованный имеет право:**

8.6.1. требовать осуществления Страховщиком контроля над качеством и объемом оказываемых медицинских услуг базовыми медицинскими организациями Представителя Страховщика и ставить Страхователя в известность о качестве предоставляемых медицинских услуг Страховщиком и медицинскими организациями;

8.6.2. обращаться за необходимой медицинской помощью в медицинские организации из Списка Представителя Страховщика (Приложение 3 к Договору);

8.6.3. на получение медицинских услуг в составе и объеме, предусмотренных Договором и Приложением 1 к Договору;

8.6.4. иные права, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

8.7**. Застрахованный обязан**:

8.7.1. до обращения в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика за медицинской помощью (услугой), установленной Договором, связаться с Представителем Страховщика и получить информацию о дальнейших действиях;

8.7.2. заботиться о сохранности страховой документации и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

8.7.3. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями, оплата такой медицинской услуги производится Застрахованным самостоятельно, либо Застрахованный возмещает их стоимость Страховщику. В этом случае, Страховщик письменно уведомляет Застрахованного о возникшей задолженности и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента оплаты за полученные медицинские услуги (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью), Застрахованный обязан в срок, предусмотренный Договором страхования, оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

8.7.4. соблюдать условия Договора, соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинской организации;

8.7.5. предоставлять Представителю Страховщика всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

8.7.6. при получении медицинских услуг, предусмотренных в программах страхования, предъявить врачу и/или в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика личную карточку Застрахованного и удостоверение личности;

8.7.7. при экстренной госпитализации в медицинскую организацию не из списка Представителя Страховщика, не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Страховщику/Представителю Страховщика лично или через своего представителя о наступлении страхового случая;

8.7.8. передать Страховщику/Представителю Страховщика всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику/Представителю Страховщика для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;

8.7.9. при увольнении, возвратить Страхователю всю страховую документацию;

8.7.10. в течение 3 (трех) рабочих дней после уведомления Застрахованного о превышении им страховой суммы за оказанные ему медицинские услуги обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика;

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

**9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА. СЛУЧАИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯ ДОГОВОРА И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

9.1. Для заключения Договора Страхователь должен представить Страховщику список Застрахованных (Приложение 2 к Договору).

9.2. Все изменения и дополнения к Договору оформляются дополнительными соглашениями и подписываются уполномоченными представителями Сторон.

9.3. О намерении изменить условия Договора инициативная Сторона должна письменно уведомить другую Сторону не позднее 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты изменения.

9.4. Изменение условий Договора может быть осуществлено как по инициативе Страхователя, так и по инициативе Страховщика.

9.5. Договор прекращается в случае истечения срока действия Договора (если по соглашению Сторон срок действия Договора не продлен на оговоренный между ними срок) или исполнения Страховщиком в полном объеме своих обязательств по Договору.

9.6 Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время с соблюдением условий пункта 9.9. Договора.

9.7. При раторжении Договора по причине неисполнения либо ненадлежащего исполнения Страховщиком (Представителем Страховщика) условий Договора, Страховщик (Представитель Страховщика) возвращает Страхователю страховую премию в течение 30 (тридцать) рабочих дней со дня получения соответствующего требования Страхователя, за вычетом уже использованной суммы.

9.9. О намерении досрочного расторжения Договора, Сторона должна письменно уведомить другую Сторону за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

**10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ**

10.1. Договор страхования вступает в силу со дня его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует в течение 12 месяцев.

10.2. Период действия страховой защиты с \_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

10.3. После осуществления страховой выплаты по первому и последующим страховым случаям, Договор продолжает действовать в пределах остатка страховой суммы.

1. **ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО И ПРИНЯТИЕ НА СТРАХОВАНИЕ НОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ**
   1. Изменение состава Застрахованных (включая, но не ограничиваясь случаями исключения кого-либо из состава Застрахованных, включения нового/ых Застрахованного/ых, замены одного/их застрахованного/ых на другого/их и др.) осуществляется путем направления Страхователем Страховщику письменного уведомления с указанием необходимых данных и приложением копий необходимых документов, при этом заключение дополнительного/ых соглашения/ий к настоящему Договору не требуется.
   2. Действие страховой защиты в отношении вновь принятых работников Страхователя начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении, подписанном обеими Сторонами.
   3. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных (на основании его увольнения), не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком без доплаты страховой премии за нового Застрахованного, при условии страхования последнего по аналогичной программе страхования, по согласованию Сторон.
   4. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, на вновь принятого работника Страхователя действует страховая защита в размере неиспользованных уволенным работником Страхователя лимитов. Замена Застрахованного производится Страховщиком без доплаты страховой премии за нового Застрахованного, при условии страхования последнего по аналогичной программе страхования, по согласованию Сторон.
   5. Принятие на страхование новых Застрахованных производится на срок, не превышающий действие настоящего Договора.
   6. Ко вновь Застрахованному сотруднику Страхователя могут быть прикреплены члены его семьи, если это предусмотрено Программой страхования самого Застрахованного. Прикрепление членов семьи должно осуществляется одновременно с прикреплением нового Застрахованного.
   7. Действие страховой защиты в отношении уволенных (уволившихся) сотрудников Страхователя и членов их семей, являвшихся Застрахованными, прекращается со дня, следующего за днем поступления Страховщику письменного уведомления Страхователя об увольнении/исключении Застрахованного.
   8. При исключении из Списка Застрахованного, в отношении которого не осуществлялись страховые выплаты (не предоставлялись медицинские услуги) Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию по данному Застрахованному за не истекший период действия Договора в отношении данного Застрахованного за вычетом понесенных расходов на ведение дела, которые составляют 35 % от общей суммы страховой премии по данному Застрахованному.
   9. Истекший период действия Договора определяется пропорционально месяцам, в течение которых действовало страхование, при этом истекший неполный месяц считается как полный.
   10. Страховая премия, уплаченная за членов семьи Застрахованного сотрудника Страхователя, возврату не подлежит.
   11. Расчет суммы возврата и возврат части страховой премии за исключенных Застрахованных производится Страховщиком по истечении общего срока действия Договора. После осуществления возврата части страховой премии за исключенных Застрахованных, между Страхователем и Страховщиком подписывается Акт сверки взаиморасчетов.
   12. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента передачи Страхователем Страховщику подписанного Сторонами дополнительного соглашения и приложений к нему, при этом в страховой документации Застрахованного указывается период страховой защиты.
   13. Замена Застрахованного влечет за собой внесение соответствующих изменений в Договор путем подписания дополнительных соглашений к Договору. Данное обстоятельство не является основанием для внесения изменений в условия Договора.

**12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

12.1. Ответственность Сторон за ущерб, не урегулированный Договором, определяется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12.2. В случае необоснованного отказа в предоставлении или ненадлежащего предоставления Застрахованному медицинских услуг медицинскими организациями и/или врачами, данные медицинские организации и/или врачи несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12.3. За вред, причиненный здоровью и жизни Застрахованного в результате действия либо бездействия медицинской организации и/или врача, все претензии будут отнесены Застрахованным и/или Страхователем непосредственно медицинской организации и/или врачам, где Застрахованный проходил обследование и лечение.

12.4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе и/или по вине Страховщика, Страховщик возмещает Страхователю все убытки, причиненные таким расторжением, а также оплачивает Страхователю штраф в размере 10% (десять) процентов от Общей стоимости Договора.

12.5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора Стороной, другая Сторона вправе требовать уплаты неустойки в размере 0,1 (ноль целых одной десятой) процента от стоимости страховой премии за каждый день задержки, с момента письменного требования, но не более 10 (десяти) процентов от стоимости страховой премии.

#### **ФОРС-МАЖОР**

13.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, не несет имущественную ответственность, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах.

13.2. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов.

13.3. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана письменно уведомить о наступлении таких обстоятельств другую Сторону в течение 3 (трех) рабочих дней.

13.4. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

1. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. Все споры, имеющие отношение к Договору, разрешаются Сторонами путем переговоров.

14.2. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан.

#### **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

15.1. Все приложения к Договору и иные прилагаемые к нему документы являются неотъемлемой его частью, если они совершены в письменной форме, скреплены подписями и печатями Сторон.

15.2. Оформление документации, необходимой для получения медицинских услуг входит в сумму страховой премии каждого Застрахованного.

15.3. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности, за исключением случаев, когда разглашение подобной информации требуется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

15.4. Конфиденциальной по Договору признается информация о форме и содержании Договора, приложений, условий оплаты, а также информация об оказанных работникам Страхователя медицинских услугах.

15.5. Все остальные условия, не урегулированные Договором, регулируются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования на случай болезни Страховщика.

15.6. Переход прав и обязанностей по Договору к другим лицам не допускается, кроме Представителя Страховщика.

15.7. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

15.8. В случае реорганизации одной из Сторон права и обязанности по Договору не прекращаются и переходят к их правопреемникам.

Приложение № 1 – Программа страхования

Приложение № 2 - Список Застрахованных

Приложение № 3 - Список медицинских организаций, аптек, узких специалистов

Приложение № 4 - Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

Приложение № 5 – Форма отчетности по доле местного содержания в товарах, работах, услугах.

### МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Страховщик:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.**  **м.п.** | **Страхователь:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.**  **м.п.** |  |

**Приложение №**

**к Договору№ \_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 года**

**Приложение № 5**

**к Договору№ \_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 года**

**Форма отчета о местном содержании на поставку работ (услуг)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  Договора  (m) | Стоимость  Договора  (СДj)  **KZT** | Суммарная стоимость  товаров в рамках  договора (СТj)  **KZT** | Суммарная стоимость  договоров субподряда  в рамках договора  (ССДj)  **KZT** | Доля фонда оплаты  труда казахстанских  кадров, выполняющего  j-ый договор (Rj)  **%** | № п/п  Товара  (n) | Кол-во товаров  Закупленных  поставщиком в целях  исполнения договора | Цена товара  **KZT** | Стоимость  (CTi)  **KZT** | Доля КС согласно  Сертификата  СТ-KZ (Ki)  **%** | Сертификат СТ-KZ | | Примечание |
| Номер | Дата выдачи |
| 1 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **И Т О Г О** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Доля местного содержания рассчитывается согласно Единой методики расчета организациями местного содержания по следующей формуле:

**

**m** Общее количество j –ых договоров, заключенных в целях выполнения работы (оказания услуги), включая договор между заказчиком и подрядчиком, договоры между подрядчиком и субподрядчиками и т.д.;

**j** Порядковый номер договора, заключенного в целях выполнения работы (оказания услуги);

**СДj** Стоимость j-oгo договора;

**CTj** Суммарная стоимость товаров, закупленных поставщиком или субподрядчиком в рамках j-ого договора;

**ССДj** Суммарная стоимость договоров субподряда, заключенных в рамках исполнения j-oгo договора

**Rj** Доля фонда оплаты труда казахстанских кадров (ФОРТК) в общем фонде оплаты (ФОТ) труда работников поставщика или субподрядчика, выполняющего j-ый договор; Rj= ФОРТК/ФОТ

**S** Общая стоимость договора

**КСр/у** Местного содержание (КСр/у) в договоре на поставку работ (услуг),

**n** Общее количество наименований товаров, закупленных поставщиком или субподрядчиком в целях исполнения j –ого договора;

о закупках как напрямую, так и посредством заключения договоров субподряда;

**і** Порядковый номер товара, закупленного поставщиком или субподрядчиком в целях исполнения j –ого договора;

**CТi** Стоимость i-ого товара;

**Ki** Доля местного содержания в товаре, указанная в сертификате о происхождении товара формы «CT-KZ»;

Ki = 0, в случае отсутствия сертификата «CT-KZ»;

Доля местного содержания (%):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

*Ф.И.О. руководителя, подпись*

**\*\*КСр/у = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\* указывается итоговая доля местного содержания в договоре в цифровом формате до сотой доли (0,00) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ф.И.О. исполнителя, контактный телефон*

|  |  |
| --- | --- |
| **Страхователь** | **Страховщик** |

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