



Договор о закупке услуг № _____

г. _____ «__» _____ 2018 г.

Товарищество с ограниченной ответственностью "Ereumentau Wind Power", именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности как указано выше «Сторона», в соответствии с Правилами закупок товаров, работ и услуг акционерным обществом «Фонд национального благосостояния «Самрук-Қазына» и организациями, пятьдесят и более процентов голосующих акций (долей участия) которых прямо или косвенно принадлежат АО «Самрук-Қазына» на праве собственности или доверительного управления, утвержденными решением Совета директоров АО «Самрук-Қазына» от 28 января 2016 года, протокол № 126 (далее – Правила), и на основании _____ № _____, заключили настоящий договор о закупках услуг (далее – Договор) и пришли к соглашению о нижеследующем.

1. Основные условия Договора

1.1. КЛАСС СТРАХОВАНИЯ: Добровольное страхование на случай болезни

1.2. СТРАХОВЩИК (также Исполнитель): -----

1.3. СТРАХОВАТЕЛЬ (также Заказчик): ТОО «Ereumentau Wind Power»

Место нахождения (адрес): 010000, г. Астана, ул. Д. Кунаева 14, ВП-12, 2-этаж

Телефон: 8(7172)292262

Банковские реквизиты:

БИН 111140016361,

Св-во о постановке на рег.учет по НДС 32001 №0008662 от 07.04.2015

ИИК: KZ476010111000050996

в АО «Народный Банк Казахстана»

БИК: HSBKZZKX

КБЕ: 17

Резидент (отметить нужное)

Нерезидент (отметить нужное)

1.4. ЗАСТРАХОВАННЫЕ: Всего застрахованных: ____ (количество прописью) человек

Из них работники Страхователя, в количестве 16 (шестнадцать) человек,

члены их семей - в количестве ____ (количество прописью) человек,

согласно прилагаемому к настоящему Договору списку Застрахованных (Приложение 4).

1.5. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ: Не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с его расходами по получению медицинской помощи при наступлении страхового случая

1.6. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ:

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

1.7. СТРАХОВАЯ СУММА (цифрами и прописью), валюта _____ (страховая сумма прописью) тенге

1.8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (цифрами и прописью), валюта _____ (страховая премия прописью) тенге

1.9. ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ: - Безналичным платежом

- Наличным платежом

- Единовременно

- В рассрочку (отметить нужное)

В случае оплаты страховой премии в рассрочку, указать количество платежей и сроки оплаты.

2. Предмет Договора

2.1. Настоящий Договор заключен в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и Правилами добровольного страхования на случай болезни (далее именуемые «Правила»).

2.2. Предметом настоящего Договора является добровольное страхование на случай болезни.

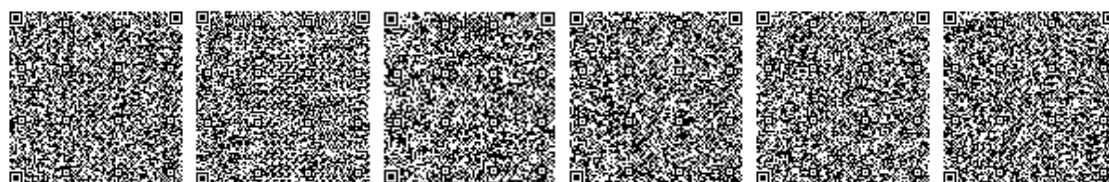
2.3. Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные настоящим Договором (раздел I), а Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) в объеме, предусмотренном Договором страхования, а также Приложением №1, являющимся неотъемлемой частью Договора.

3. Термины и понятия





- 3.1. Административные расходы – расходы Страховщика по ведению и сопровождению Договора страхования.
- 3.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь – медицинская помощь, оказанная Застрахованному врачами общего профиля и/или узкой специализации в условиях амбулатории, поликлиники.
- 3.3. Врачи и/или медицинские организации из списка Страховщика - лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, аптеки, стоматологии, лечебно-диагностические центры, ССМП, республиканские специализированные центры медицины, клиники НИИ, частные медицинские организации) и /или врачи, осуществляющие амбулаторно-поликлиническое или стационарное лечение на основе государственной лицензии Республики Казахстан и с которыми Страховщик или медицинская сервисная компания заключили соответствующий Договор на оказание медицинских услуг Застрахованным.
- 3.4. Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору страхования может быть медицинская организация, Застрахованный, Страхователь.
- 3.5. Договор страхования – документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.
- 3.6. Диагностические показания - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клинические обследования).
- 3.7. Застрахованный – лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.
- 3.8. Заболевание – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.
- 3.9. Инструментальные исследования – диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастрокопии, томографии и т.п.).
- 3.10. Карточка медицинского обслуживания (далее - Карточка) – персонафицированный документ, подтверждающий право получения Страхователем (Застрахованным) медицинских услуг в соответствии с Договором страхования в медицинских учреждениях и у врачей, входящих в медицинскую сеть Страховщика.
- 3.11. Категория списания – перечень исходных медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в Программе страхования, с возможным указанием лимита страховой суммы. Категорией списания могут быть амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология и тд.
- 3.12. Лабораторные исследования – диагностические исследования и анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении Заболевания.
- 3.13. Лечебные показания – медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи
- 3.14. Медицинский Ассистанс – юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком на организацию и осуществляющее услуги по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.
- 3.15. Программа страхования (далее – Программа) – перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком.
- 3.16. Профилактические показания – показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний (например, вакцинация, профилактические осмотры).
- 3.17. Стационарная помощь – медицинская помощь, которая может быть оказана только при условии пребывания Застрахованного в стационаре в течение одних или более суток.
- 3.18. Страховой случай - событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.
- 3.19. Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев.
- 3.20. Страховая сумма (лимит ответственности) – сумма денег, на которую застрахован объект страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
- 3.21. Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.
- 3.22. Страхователь – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию.
- 3.23. Страховщик – "Страховая Компания" юридическое лицо, получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы);
- 3.24. Территория страхования – территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по Договору страхования.
- 3.25. Экстренные медицинские показания – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма вплоть до





летального исхода.

3.26. Участники медицинской сети – медицинские организации, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным.

3.27. Члены семьи – прямые родственники Застрахованного:

супруг/супруга, дети от рождения до 21 лет, родители без возрастных ограничений, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. 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.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является 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, а также с целью прохождения профилактического осмотра и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

6.1. Страховая сумма (лимит ответственности) на основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи определяется выбранной Программой страхования и является общей для указанных застрахованных, и составляет _____ (сумма прописью) тенге

6.2. Страховые суммы (лимит ответственности) по каждой категории списания устанавливаются Программой страхования и указываются отдельно.

6.3. Страховая сумма по каждой категории списания является общей для всей семьи - основного Застрахованного и всех Застрахованных членов семьи - в пределах этой суммы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные основному Застрахованному и Застрахованным членам семьи по данной категории списания. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.

6.4. Общая страховая сумма составляет _____ (сумма прописью) тенге

6.5. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 (двенадцать) месяцев, страховые суммы устанавливаются в объеме в соответствии с Программой страхования.

7. Сумма Договора и условия оплаты

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

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

7.3. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной Программой страхования и составляет _____ (сумма прописью) тенге.

7.4. Страховая премия на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования и составляет _____ (прописью) тенге.

7.5. Размер общей суммы страховой премии по Договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных и составляет _____ (сумма прописью) тенге.

7.6. Авансовый платеж (предоплата) производится в срок не позднее 30 (тридцати) календарных дней, с даты предоставления следующих документов:

7.6.1. Счет на оплату

7.6.2. Расчет доли местного содержания в услугах

7.7. Расчет, в том числе окончательный расчет, по Договору производится в срок не позднее 20 (двадцать) рабочих дней с даты предоставления следующих документов:

7.7.1. Не применимо

7.8. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии со статьей 14 настоящего Договора страхования и оформляется дополнительным соглашением сторон.

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



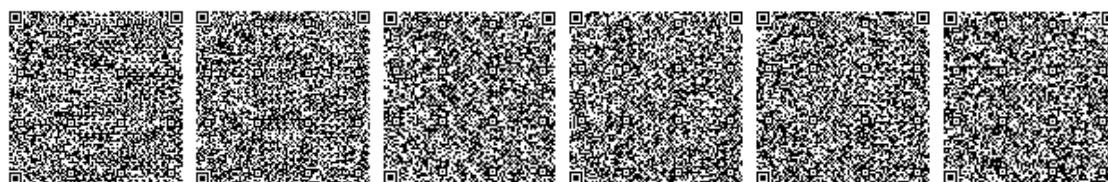


8. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 8.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 до без ограничений по возрасту, если иное не оговорено соглашением сторон.
- 8.2. К одному Застрахованному может быть прикреплено не менее 5-ти членов семьи, если иное не оговорено соглашением сторон.
- 8.3. Если иное не оговорено Договором страхования, не подлежат страхованию следующие заболевания:
- 8.3.1. входящие в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г
 - 8.3.2. инфекционные заболевания, входящие в Перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г.
 - 8.3.3. профессиональные заболевания;
 - 8.3.4. радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
 - 8.3.5. заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;
 - 8.3.6. заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
 - 8.3.7. заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, врожденный гипотиреоз, гипопизарный нанизм;
 - 8.3.8. ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК ПБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
 - 8.3.9. заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени
 - 8.3.10. заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
 - 8.3.11. наследственные заболевания, врожденные пороки развития;
 - 8.3.12. заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;
- 8.4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 8.3. настоящей статьи на момент заключения Договора страхования, Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.
- 8.5. Если заболевания, указанные в пункте 8.3. настоящей статьи, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия Договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно расходы за осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости электрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 8.3. настоящей статьи, Страховщиком не покрываются.

9. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 9.1. Если Программой/дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное, то Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного:
- 9.1.1. инфекционные заболевания, входящие в Перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г.
 - 9.1.2. врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;
 - 9.1.3. другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых респираторных заболеваний;
 - 9.1.4. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия Застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
 - 9.1.5. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;
 - 9.1.6. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;
 - 9.1.7. медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
 - 9.1.8. медицинским расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными,





биологически–активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;

9.1.9. расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям: гипсы, необходимые по экстренным показаниям);

9.1.10. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;

9.1.11. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);

9.1.12. с хирургическим изменением пола;

9.1.13. медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено Программой страхования;

9.1.14. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. УЧАСТНИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

10.1. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться к работнику Страховщика или медицинского Ассистанса и следовать его указаниям.

10.2. При каждом обращении к работнику медицинского Ассистанса Застрахованный обязан предъявить Карточку и документ, удостоверяющий личность. Получение медицинских услуг в участниках медицинской сети возможно лишь при наличии направления работника медицинского Ассистанса, за исключением экстренных случаев, при соблюдении условий, указанных в п. 10.12. настоящей статьи.

10.3. Основанием для предоставления Застрахованному медицинских услуг до момента получения Карточки является настоящий Договор страхования или его копия.

10.4. Медицинские услуги оказываются непосредственно медицинским Ассистансом или по решению/направлению медицинского Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список сети Страховщика.

10.5. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.

10.6. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:

10.6.1. не являются необходимыми и достаточными для лечения;

10.6.2. были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

10.7. Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям включают в себя прием семейного врача, срочные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках выбранной Программы страхования) и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза и направленные на немедленное купирование экстренного состояния.

10.8. Экстренные медицинские показания – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно, а именно в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

10.9. Экстренными показаниями для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

10.9.1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца);

10.9.2. кровотечения;

10.9.3. травмы (переломы, ушибы и т.д.);

10.9.4. гипертермия выше 38°C;

10.9.5. абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;

10.9.6. ожоги 2-4 степени;

10.9.7. острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);

10.9.8. гипертонические кризы.

10.10. Экстренные показания к стационарному лечению:

10.10.1. бессознательное состояние;

10.10.2. наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;

10.10.3. ожоги и обморожения;





- 10.10.4. острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
- 10.10.5. отравления;
- 10.10.6. аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
- 10.10.7. судороги;
- 10.10.8. острые хирургические состояния;
- 10.10.9. острая почечная недостаточность;
- 10.10.10. острая печеночная недостаточность;
- 10.10.11. острая церебральная недостаточность;
- 10.10.12. острая дыхательная недостаточность;
- 10.10.13. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- 10.10.14. острый инфаркт миокарда;
- 10.10.15. гипертонический криз;
- 10.10.16. нестабильная стенокардия;
- 10.10.17. шок любой этиологии.

10.11. Лечебные показания – медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи.

10.12. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинской сервисной компании по согласованию со Страховщиком, согласно перечню участников медицинской сети, соответствующего выбранной Программе страхования.

10.13. В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящимися в причинно-следственной связи с основным заболеванием, послужившим непосредственной причиной госпитализации Застрахованного. Страховщиком не покрываются расходы за госпитализацию в палату VIP и/или люкс уровня.

10.14. В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в медицинскую сервисную компанию, Страхователь, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Страховщика или медицинскую сервисную компанию о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.

10.15. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги в медицинских организациях - участниках медицинской сети.

10.16. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, при согласовании и по направлению семейного врача в медицинские организации, не являющиеся Участниками медицинской сети только в случае, если необходимая Застрахованному по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза медицинская услуга по какой-либо причине не может быть оказана в Участниках медицинской сети.

10.17. В случаях, указанных в пунктах 10.12. и 10.16. настоящей статьи, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет в медицинскую сервисную компанию либо Страховщику документы необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии со статьей 12 настоящего Договора страхования.

10.18. При обращении Застрахованного в медицинские организации, Страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения Застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.

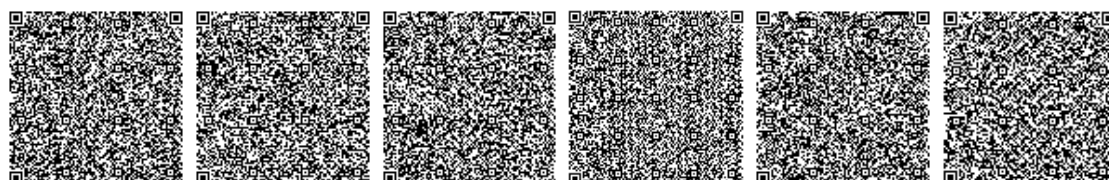
10.19. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети, Застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказ-наряде при получении стоматологического лечения, либо в реестре посещений при приеме семейным врачом) факт оказания ему медицинской услуги.

10.20. Список Участников медицинской сети указан в Приложении №5 к настоящему Договору страхования.

10.21. Страховщик имеет право вносить изменения в список Участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке Участников медицинской сети. При исключении из списка Участника медицинской сети, Страховщик обязан уведомить об этом Страхователя в течение 10(Десяти) рабочих дней с момента такого изменения.

10.22. В случае если на момент исключения медицинской организации из списка Участников медицинской сети, Застрахованный уже получил медицинскую услугу в этой медицинской организации, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления.

11. Права и обязательства Сторон





11.1. Исполнитель обязуется:

- 11.1.1. обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
- 11.1.2. организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных Договором страхования, в режиме работы медицинских учреждений;
- 11.1.3. осуществлять страховую выплату медицинским учреждениям или врачам из списка Страховщика в порядке и сроки, определенные договорами между ними и Страховщиком в рамках выбранной Страхователем Программы;
- 11.1.4. соблюдать тайну страхования;
- 11.1.5. вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору страхования;
- 11.1.6. выдать Страхователю страховую документацию (Карточки) на Застрахованных необходимую для обращения в медицинские учреждения в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения документально подтвержденной оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования;
- 11.1.7. в случае утраты (утери) Застрахованным страховых карточек выдать их дубликаты в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня извещения об этом Страхователем (Застрахованным);
- 11.1.8. устно сообщить Застрахованному по его письменному запросу остаток лимитов страховых сумм на медицинские услуги, медикаменты;
- 11.1.9. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан;
- 11.1.10. В течение 10 (десяти) календарных дней после подписания Договора предоставить Заказчику прогнозный расчет доли местного содержания согласно Приложению №3 к Договору.
- 11.1.11. По окончании оказания Услуг вместе с окончательным Актом оказанных услуг предоставить Заказчику фактический расчет доли местного содержания в Услуге по форме согласно Приложению № 3 к Договору.
- 11.1.12. Гарантировать достоверность предоставляемой информации по доле местного содержания в Услугах. В случае предоставления недостоверной информации по доле местного содержания Исполнитель несет ответственность в соответствии с Правилами и Договором.
- 11.1.13. пп. 11.1.3, 11.1.4 не применимы для данного Договора.

11.2. Заказчик обязуется:

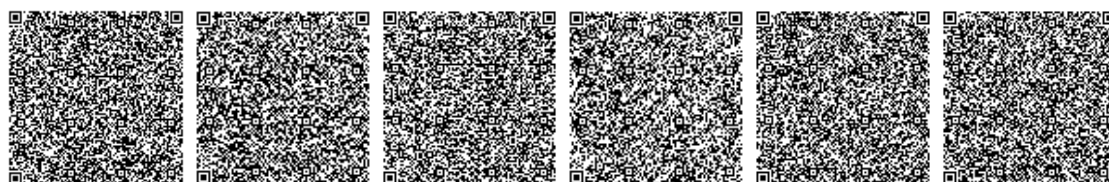
- 11.2.1. предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения Договора страхования, в полном объеме;
- 11.2.2. Подписать Акт оказанных услуг в случае отсутствия претензий в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения Акта оказанных услуг от Исполнителя.
- 11.2.3. уплатить страховую премию/страховые взносы в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- 11.2.4. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 11.2.5. по требованию Застрахованного ознакомить его с условиями Договора страхования;
- 11.2.6. при утрате Договора страхования/Карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
- 11.2.7. во всех случаях прекращения Договора страхования возратить Страховщику Карточку, действие которой прекращается с момента прекращения Договора страхования;
- 11.2.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.
- 11.2.9. пп 11.2.10 не применим для данного Договора

11.3. Исполнитель имеет право:

- 11.3.1. Требовать от Страхователя своевременную оплату за Услуги.
- 11.3.2. требовать от Страхователя и/или Застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения Договора страхования.
- 11.3.3. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;
- 11.3.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;

11.4. Заказчик имеет право:

- 11.4.1. требовать от Страховщика выполнение условий страхования, а также разъяснение условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
- 11.4.2. вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных в соответствии с условиями настоящего договора;
- 11.4.3. запрашивать в любое время у Страховщика изменения в списке организаций и врачей согласно настоящего Договора





страхования;

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

11.4.5. производить дополнительное включение и исключение Застрахованных из списка Застрахованных;

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

11.5. Застрахованный имеет право:

11.5.1. получать медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в настоящем Договоре, в медицинских учреждениях и у врачей из списка Страховщика;

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

11.5.3. требовать от Страхователя разъяснения условий Договора страхования.

11.6. Застрахованный обязан:

11.6.1. при каждом обращении к врачам и/или в медицинское учреждение из списка Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;

11.6.2. соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;

11.6.3. соблюдать условия Договора страхования;

11.6.4. при исключении из списка Застрахованных вернуть Карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в срок, указанный в Договоре страхования;

11.6.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

12. Гарантии и Качество

12.1. Качество оказанных Услуг должно соответствовать требованиям Заказчика, а также государственным стандартам/установленным требованиям в законодательстве Республики Казахстан по областям соответствующей отрасли по указанному виду услуг, действующих в Республике Казахстане;

13. ИСЧЕРПАНИЕ И ПЕРЕРАСХОД СТРАХОВОЙ СУММЫ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ ПО КАТЕГОРИИ СПИСАНИЯ.

13.1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по медицинским услугам по соответствующей категории списания.

13.2. Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается.

13.3. Исчерпание страховой суммы по одной из категорий списания не влечет за собой прекращения Договора страхования.

13.4. Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы, предусмотренной Программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Застрахованным (Страхователем).

13.5. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (Ассистанс) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).

13.6. Застрахованный, по Программе страхования которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 10 (Десяти) рабочих дней, с момента получения уведомления оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу Страховщика (кассу Ассистанса) наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет Страховщика (Ассистанса).

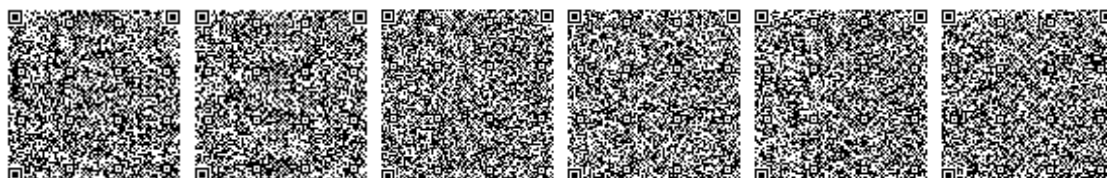
13.7. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями, оплата такой медицинской услуги производится Застрахованным самостоятельно, либо Застрахованный возмещает их стоимость Страховщику. В этом случае, Страховщик (Ассистанс) 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.

14. РАЗМЕР, ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ

14.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в тенге, путем возмещения расходов на медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

14.2. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному Участниками медицинской сети, производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счета Медицинского Ассистанса, оказавшего услуги. Сроки устанавливаются совместно Страховщиком и Медицинским Ассистансом.

14.3. Перечисление страховой выплаты производится после получения от Медицинского Ассистанса счета на оплату с указанием перечня





оказанных Застрахованным медицинских услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем медицинским услугам, оказанным Застрахованным.

14.4. В случаях, предусмотренных пунктом 10.12. и 10.16. настоящего Договора страхования, Страховщик возмещает Застрахованному 100% от суммы покрываемых расходов, оплаченных Застрахованным самостоятельно. В этом случае для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты получения медицинской услуги следующие документы:

14.4.1. копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя), либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;

14.4.2. направление врача - работника медицинской сервисной компании.

14.5. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.

14.6. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на выгодоприобретателя (Застрахованного/Страхователя).

14.7. Страховщик обязан в течение 20(Двадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 12.4., осуществить страховую выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.

14.8. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного.

15. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

15.1. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг Программе страхования и страховой сумме, в том числе, по каждому Застрахованному и по каждой медицинской услуге.

15.1.1. получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;

15.2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный (Страхователь):

15.2.1. получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования;

15.2.2. получил медицинские услуги в медицинской организации, входящей в перечень Участников медицинской сети, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;

15.2.3. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный Договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

15.2.4. передал свой Договор страхования/Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.

15.3. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим во время лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

16. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННОГО. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО

16.1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.

16.2. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика. При этом Страхователь подает заявление Страховщику о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы Застрахованного, исключаемого из списка Застрахованных.

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

16.4. Замена и исключение Застрахованного из списка одновременно влечет за собой замену и исключение к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи. Период действия договора в отношении вновь включенного (замененного) Застрахованного начинается с даты замены и до окончания действия настоящего Договора страхования.

16.5. Включение в список вновь принятого сотрудника происходит одновременно с исключением из него увольняемого сотрудника.

16.6. Действие страховой защиты в отношении включенного (исключенного) Застрахованного и к нему Прикрепленных начинается (прекращается) со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления от Страхователя.

16.7. Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему идентификационные карточки вновь включенного Застрахованного и к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи.

16.8. Страхователь в течение 3 (Трех) рабочих дней со дня подачи заявления об исключении лица из списка Застрахованных обязан вернуть Страховщику Карточку исключаемого лица и к нему прикрепленных членов семьи.





16.9. Список Застрахованных членов семьи не подлежит корректировке в течение страхового периода (т.е. прикрепленные члены семьи не подлежат замене в течение периода действия страховой защиты).

16.10. При дополнительном включении члена семьи в список Застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого Застрахованного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение первых 3(Трех) месяцев с даты начала действия Договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено Договором страхования.

16.11. При досрочном исключении Застрахованного сотрудника, из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю 100% от страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного.

16.12. Страховщик возвращает 100% от страховой премии Страхователю за исключаемого Застрахованного члена семьи, по которому страховые выплаты не осуществлялись, в случае осуществления выплат за исключаемого Застрахованного члена семьи, Страховщик возвращает страховую премию за минусом осуществленных выплат.

17. Ответственность Сторон

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

17.2. В случае просрочки Исполнителем сроков оказания Услуг, оговоренных Договором, Исполнитель обязан оплатить Заказчику пеню в размере 0.1% от стоимости несвоевременно оказанных Услуг, за каждый день просрочки оказания Услуг, но не более 10% от общей суммы Договора.

17.3. В случае отказа или невозможности Исполнителя выполнить свои обязательства по Договору, кроме случае предусмотренных разделом 11 Договора, Исполнитель обязан оплатить Заказчику штраф в размере 10% от общей суммы Договора.

17.4. В случае нарушения сроков несвоевременного устранения Исполнителем выявленных недостатков согласно пункту 5.3 настоящего Договора, Исполнитель выплачивает Заказчику в качестве неустойки сумму, эквивалентную 0.1% от общей суммы Договора, за каждый день просрочки, но не более 10% от общей суммы Договора.

17.5. В случае необоснованной задержки оплаты за оказанные Услуги, Заказчик должен выплатить Исполнителю пеню в размере 0.1% от суммы задолженности, за каждый день просрочки, но не более 10% от суммы задолженности.

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

17.7. пункт 17.9 не применим в данном Договоре

18. Порядок изменения, расторжение Договора

18.1. Внесение изменений и дополнений в настоящий Договор осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан и Правилами.

18.2. Не допускается вносить в проект либо заключенный Договор о закупках изменения, которые могут изменить содержание условий проводимых (проведенных) закупок и/или предложения, явившегося основой для выбора Исполнителя, по иным основаниям, не предусмотренным соответствующими пунктом(ами) Правил закупок.

18.3. Заказчик вправе в любое время расторгнуть Договор, направив Исполнителю соответствующее письменное уведомление, если Исполнитель становится банкротом или неплатежеспособным. В этом случае расторжение осуществляется немедленно, при этом Исполнитель имеет право требовать оплату только за фактические затраты, связанные с исполнением Договора, на день расторжения.

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

18.5. Заказчик вправе расторгнуть Договор в случае представления Страховщиком недостоверной информации по доле местного содержания в услугах, при этом Страхователь вправе потребовать возмещения убытков.

18.6. При расторжении Договора в силу вышеуказанных обстоятельств, Исполнитель имеет право требовать оплату только за фактические затраты, связанные с исполнением Договора, на день расторжения.

18.7. Договор страхования прекращается в случае:

18.7.1. истечения срока его действия;

18.7.2. после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме страховой суммы;

18.7.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством РК

18.8. Если Договор страхования прекращается в результате смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена или когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально не истекшему периоду действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов.

18.9. Договор страхования может быть прекращен досрочно Страховщиком в случаях

18.9.1. передачи Застрахованным Карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования;





- 18.9.2. неуплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;
- 18.9.3. неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;
- 18.9.4. если Страхователь/Застрахованный предоставили Страховщику искаженные, неполные сведения имеющие значение для определения страхового риска.

18.10. В случае досрочного прекращения Договора страхования по требованию Страховщика, уплаченные страховые премии возвращаются за вычетом оплаченных страховых выплат.

19. Срок действия Договора

19.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания уполномоченными лицами Сторон и действует 12 месяцев, а в части взаиморасчетов до их полного завершения.

20. Обстоятельства непреодолимой силы (Форс мажор)

20.1. При возникновении обстоятельства непреодолимой силы Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, должна сообщить другой Стороне о предполагаемом сроке действия форс-мажора в письменной форме (уведомление) в течение 5 (пяти) календарных дней с момента наступления таких обстоятельств и их причинах, а также предоставить документы, подтверждающие факт наступления таких обстоятельств, выданные компетентным органом.

20.2. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Для целей настоящего раздела «обстоятельство непреодолимой силы» означает событие, неподвластное контролю Сторон, и имеющее непредвиденный характер. Такие события могут включать, но не ограничиваться такими действиями, как военные действия, природные или стихийные бедствия, эпидемия, карантин, эмбарго и другие.

21. Порядок разрешения споров

21.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами из настоящего Договора, разрешаются путем переговоров.

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

22. Конфиденциальность

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

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

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

23. Прочие условия

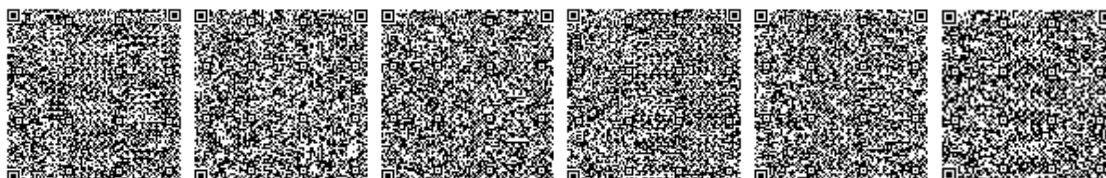
23.1. Договор составлен на русском языке в 2 (два) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. Вся относящаяся к Договору переписка и другая документация, которой обмениваются Стороны, должны соответствовать данным условиям.

23.2. Все приложения, изменения и дополнения к настоящему Договору являются его неотъемлемыми частями при условии совершения их в письменном виде и подписания уполномоченными лицами Сторон.

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

24. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Товарищество с ограниченной ответственностью
"Ereumentau Wind Power"
г.Астана, ул.Д. Кунаева, 14
БИН 111140016361
БИК KZKOKZKX
ИИК KZ059261501188843000
АО "КАЗКОММЕРЦБАНК"
Тел.: +7 (717) 229-2262



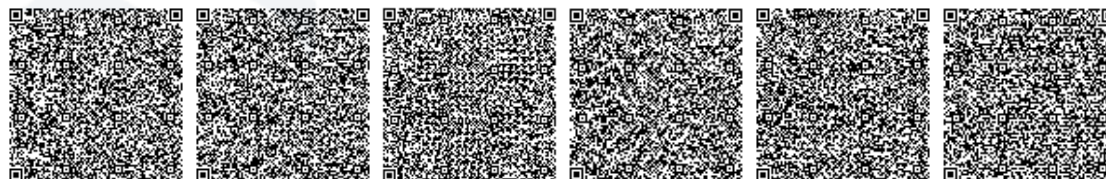


Приложение №1

к Договору

Перечень приобретаемых товаров, работ и услуг

№ строки ПП	Наименование, краткая и характеристика	Дополнительная характеристика	К-во	Цена за единицу	Ед. изм	Сумма, без НДС	Место поставки	Условия поставки	Срок поставки	Условия оплаты
36-3 У	Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни, Услуги по медицинскому страхованию на случай болезни		1	4 728 497.47	-	4 728 497.47	КАЗАХСТАН, г.Астана, ул. Д. Кунаева 14, ВП- 12, 2-этаж	-	С даты подписания договора в течение 365 календерных дней	Окончательный платеж - 0%, Промежуточный платеж - 0%, Предоплата - 100%

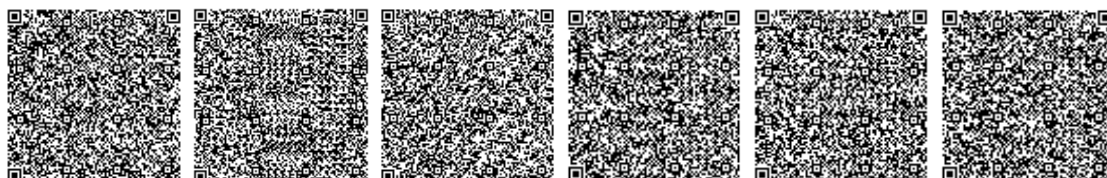




Приложение №2
к Договору

Техническая спецификация

В соответствии с технической спецификацией, размещенной в составе пакета документации запроса ценового предложения.





Приложение №3

к Договору Прогнозный/Фактический расчет доли местного содержания в договоре на оказание услуг/выполнение работ

№ _____ от _____

№ п/п	Поставщик*	Код ЕНС ТРУ*	Наименование и краткое описание приобретенных товаров	Код единиц измерений в соответствии с МКЕИ	Объем закупки		Сертификат СТ-КЗ						Код страны происхождения товара	Местное содержание в товаре, в тенге	Местное содержание в договоре, %
					в единице измерения по ст.5	в денежном выражении	№	Серия	Код органа выдачи	Год выдачи	Дата выдачи	Доля местного содержания			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 (7*13/100%)	16 ($\sum 15/\sum 7*100\%$)
						0,00								0,00	x
						0,00								0,00	0,00%

Примечание:

2. Указывается Поставщик товара, которому может являться как сам Контрагент по договору, так и его поставщики.
3. Код товара по Единому номенклатурному справочнику (ЕНС ТРУ). Доступен по адресу: <http://www.enstru.skz.kz/>
8. Номер сертификата СТ-КЗ. Пример: 01214.
9. Серия сертификата СТ-КЗ.
10. Код органа выдачи сертификата СТ-КЗ. Пример: 650.
11. Год выдачи сертификата СТ-КЗ. Пример: если 2017 год, то указывается цифра 7.
12. Дата выдачи сертификата СТ-КЗ. Пример: 09.06.2017.
13. Доля местного содержания (%) в товаре, указанная в сертификате СТ-КЗ. В случае отсутствия сертификата равна 0
14. Код страны происхождения товара в соответствии с классификатором стран.





Оказанные услуги/выполненные работы в рамках договора

№ п/п	Исполнитель/ Субподрядчик	Номер договора	Стоимость договора	Суммарная стоимость товаров, закупаемых/закупленных Исполнителем или субподрядчиком в рамках договора	Суммарная стоимость договоров субподряда, заключаемых/заключенных в рамках исполнения договора	Доля фонда оплаты труда казахстанских кадров в общем фонде оплаты труда работников поставщика или субподрядчика, выполняющего/выполнившего договор	Доля местного содержания в договоре, (в денежном выражении)
1	2	3	4	5(из табл.1)	6	7	$8(=(4-5-6)*7)$
							0,00
							0,00

Итоговый расчет местного содержания в договоре

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

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

