

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**добровольного медицинского страхования граждан**

г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_, имеющее лицензию \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_, действующего(-ей) на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего(-ей) на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили договор/настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем.

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Правилами \_\_\_\_\_ Страховщика в редакции от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., именуемыми далее «Правила» (Приложение 1 к настоящему Договору).

1.2. По настоящему Договору Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица), указанным в Списке Застрахованных лиц (далее – Список, Приложение 3 к настоящему Договору), медицинских услуг в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора (далее – Программы, Приложение 2 к настоящему Договору), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные настоящим Договором.

Программа, установленная для конкретного Застрахованного лица, указывается в Списке.

1.3. Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения настоящего Договора в соответствии со Списком составляет \_\_\_\_\_ человек.

### 2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. По настоящему Договору страховым случаем является:

2.1.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Договора в медицинскую организацию из числа предусмотренных настоящим Договором (Приложение 4 к настоящему Договору) или согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских услуг (медицинской и лекарственной помощи), предусмотренных Программой.

2.2. Не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица с целью получения медицинских услуг:

2.2.1. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических,

психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

2.2.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

2.2.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

2.2.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

2.2.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, ТОРС) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

2.3. Не являются застрахованными и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованных лиц за следующими медицинскими услугами:

2.3.1. если Застрахованным лицом получены медицинские услуги, не предусмотренные настоящим Договором и/или Программой, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные настоящим Договором и/или Программой добровольного медицинского страхования;

2.3.2. если Застрахованным лицом получены медицинские услуги в медицинских организациях, не предусмотренных настоящим Договором, без согласования со Страховщиком;

2.3.3. если медицинские услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

2.3.4. в связи с ВИЧ-инфекцией, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)");

2.3.5. в связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса (в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации").

2.4. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

2.4.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2.4.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

2.4.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

2.5. Прочие исключения из страхования изложены в Программах, приложенных к настоящему Договору.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховые суммы и страховые премии устанавливаются по Программам в следующих размерах:

Наименование Программы	Количество Застрахованных лиц по Программе	Размер годового страхового тарифа на одно застрахованное лицо,	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая премия на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая премия на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая премия на одно Застрахованное лицо, руб.
------------------------	--	--	---	--	---	--	---	--

		%	за период с ____ по ____ (указывается период первого года страхования)		за период с ____ по ____ (указывается период второго года страхования)		за период с ____ по ____ (указывается период третьего года страхования)	
<b>Бизнес</b> (Приложение 2.)								
<b>Эконом</b> (Приложение 2.)								
<b>Стандарт</b> (Приложение 2.)								
<b>Дети</b> (Приложение 2.)								
Общий итог по Договору:								

3.2. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет цифрами (прописью) руб. 00 коп. , из них:

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.  
за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.  
за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.

Страховые выплаты производятся в пределах индивидуальной страховой суммы, установленной для Застрахованного лица и указанной в п. 3.1. по соответствующей программе, при этом на одно Застрахованное лицо устанавливаются следующие лимиты ответственности по видам медицинского обслуживания:

3.3. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: цифрами (прописью) руб. 00 коп. , из них:

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.  
за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.  
за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ цифрами (прописью) руб. 00 коп.

Страховая премия уплачивается путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика в рассрочку в следующем порядке:

Первый страховой взнос за период с «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере цифрами (прописью) руб. 00 коп. в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты вступления настоящего Договора в силу.

Второй страховой взнос за период с «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере цифрами (прописью) руб. 00 коп. до «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

Третий страховой взнос за период с «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере цифрами (прописью) руб. 00 коп. до «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

...-й страховой взнос за период с «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере цифрами (прописью) руб. 00 коп. до «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.<sup>1</sup>

3.4. Датой уплаты страхового взноса, при уплате путем безналичного перечисления, считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

<sup>1</sup> Указывается при необходимости

#### **4.1. Страхователь имеет право:**

4.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских организациях, предусмотренных настоящим Договором, медицинских услуг, определенных Программой, при наступлении страхового случая;

4.1.2. в течение срока действия настоящего Договора обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских услуг, предусмотренный Программой, перечень медицинских организаций и др.;

4.1.3. обратиться к Страховщику с предложением досрочно прекратить настоящий Договор, в том числе, прекратить страхование в отношении отдельных Застрахованных лиц в порядке, указанном в п. 7.3.1, 7.3.4 настоящего Договора.

Порядок взаиморасчетов Сторон при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя, в том числе, при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц, указан в п. 7.2.1 настоящего Договора.

4.1.4. обратиться к Страховщику с предложением дополнительно включить в настоящий Договор новых Застрахованных лиц в порядке, указанном в п.7.3.2 настоящего Договора.

Порядок взаиморасчетов Сторон при увеличении численности Застрахованных лиц указан в п.7.2.2 настоящего Договора.

#### **4.2. Страхователь обязан:**

4.2.1. уплачивать страховую премию в сроки и в размере, предусмотренные настоящим Договором;

4.2.2. предоставить Страховщику списки Застрахованных лиц в порядке и по форме, установленной Договором (Приложение 3 к настоящему Договору);

4.2.3. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении настоящего Договора, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц;

4.2.4. передать предоставленные Страховщиком Застрахованному лицу индивидуальные страховые полисы, а при их утрате - дубликаты, а также ознакомить Застрахованных лиц с условиями настоящего Договора;

4.2.5. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

4.2.6. произвести доплату страховой премии в случаях, указанных в п. 4.1.2 настоящего Договора, в срок, указанный в дополнительном соглашении к настоящему Договору;

4.2.7. в период действия настоящего Договора незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными обстоятельствах, которые могут повлиять на увеличение страхового риска, в частности, о выявлении у Застрахованного лица определенных заболеваний, состояний, повышающих вероятность обращения за оказанием медицинских услуг, установление Застрахованному лицу инвалидности.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий настоящего Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий настоящего Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения настоящего Договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем обязанности, указанной в данном пункте, Страховщик вправе потребовать расторжения настоящего Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением настоящего Договора в соответствии с п. 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации.

#### **4.3. Страховщик имеет право:**

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

4.3.2. не оплачивать медицинские услуги в случаях, предусмотренных п.п. 2.2 – 2.5 настоящего Договора;

4.3.3. при выявлении или уведомлении Страхователем об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п.4.2.9 настоящего Договора, требовать уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий настоящего Договора (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов ответственности и др.);

4.3.4. если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, включающих данные, составляющие врачебную тайну, или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках настоящего Договора в связи с чем Страховщик вправе прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица.

#### **4.4. Страховщик обязан:**

4.4.1. вручить Страхователю Правила;

4.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), разъяснять положения, содержащиеся в настоящем Договоре и Правилах;

4.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в объеме, предусмотренном Программой;

4.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями настоящего Договора и Программой;

4.4.5. в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты вступления в силу настоящего Договора выдать Страхователю для последующей передачи Застрахованным лицам индивидуальные страховые полисы, страховые карточки.

Индивидуальный страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по настоящему Договору. Стороны признают юридическую силу страховых полисов, подписанных со стороны Страховщика факсимильной подписью.

4.4.6. в случае невозможности оказания медицинской организацией Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных настоящим Договором, организовать и оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских услуг в другой медицинской организации.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом получения медицинских услуг без участия Страховщика, если это не предусмотрено Программой и настоящим Договором, последний вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы (если они не были согласованы со Страховщиком);

4.4.7. контролировать объем и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских услуг.

#### **4.5. Застрахованные лица имеют право:**

4.5.1. требовать организации предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и Программой;

4.5.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

#### **4.6. Застрахованные лица обязаны:**

4.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией, условия Программы;

4.6.2. заботиться о сохранности индивидуального страхового полиса, страховой карточки и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

4.6.3. при обращении в медицинскую организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис, страховую карточку.

4.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении настоящего Договора. Конфиденциальными сведениями по настоящему Договору признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Передача и использование Сторонами по настоящему Договору информации, составляющей коммерческую тайну, и иных сведений конфиденциального характера осуществляется в соответствии с заключенным между Сторонами соглашением о конфиденциальности.

4.8. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по настоящему Договору переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации, путем замены Страхователя в настоящем Договоре, оформляемой дополнительным соглашением к настоящему Договору.

## **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут «»\_\_\_\_\_20\_\_ г. и действует 3 (три) года.

5.2. Действие индивидуальных страховых полисов, выданных в соответствии с настоящим Договором, прекращается одновременно с прекращением действия настоящего Договора.

## **6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

6.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящего Договора, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы и лимита ответственности, указанных в п.п. 3.1-3.2 настоящего Договора.

6.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги производится в следующем порядке:

6.2.1. в медицинскую организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией.

## **7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока его действия;

7.1.2. смерти Застрахованного лица. Настоящий Договор в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица с момента его смерти. Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора, уплаченной за данное Застрахованное лицо.

7.1.3. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по настоящему Договору в полном объеме;

7.1.4. по соглашению Сторон Договор страхования может быть прекращен, в том числе, может быть прекращено страхование в отношении отдельных Застрахованных лиц. Порядок взаиморасчетов Сторон по данным основаниям указан в п. 7.2.1 настоящего Договора;

7.1.5. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и данным Договором.

7.2. Порядок взаиморасчетов Сторон при изменении численности Застрахованных лиц по настоящему Договору и досрочном прекращении настоящего Договора по соглашению Сторон:

7.2.1. При досрочном прекращении настоящего Договора по соглашению Сторон, в том числе, при прекращении страхования в отношении части Застрахованных лиц, расчет суммы, подлежащей возврату Страхователю, производится исходя из фактически поступившей по Договору страхования суммы страховых взносов за Застрахованных лиц, в отношении которых прекращается Договор, за вычетом приходящейся на указанных Застрахованных лиц части страховой премии, рассчитанной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование в отношении данных Застрахованных лиц.

7.2.2. В случае увеличения численности Застрахованных лиц по настоящему Договору Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию за каждое новое Застрахованное лицо в размере, пропорциональном неистекшему сроку действия настоящего Договора.

7.3. Порядок взаимоотношений Сторон при изменении настоящего Договора в части изменения численности Застрахованных лиц и досрочном прекращении настоящего Договора:

7.3.1. При прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику список Застрахованных лиц, в отношении которых прекращается страхование, по установленной Страховщиком форме с указанием даты прекращения страхования, рассчитанной с учетом положений п. 7.3.3 настоящего Договора.

7.3.2. При включении в настоящий Договор новых Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику список Застрахованных лиц, включаемых в настоящий Договор, по установленной Страховщиком форме с указанием даты начала действия страхования в отношении этих лиц, рассчитанной с учетом положений п.7.3.3 настоящего Договора.

7.3.3. При получении от Страхователя списков на изменение численности Застрахованных лиц Страховщик осуществляет изменения в списках Застрахованных лиц в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения списков.

7.3.4. При прекращении настоящего Договора в отношении всех Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику по факсимильной связи или электронной почте, с последующей отправкой оригинала документа по почте, письменное заявление о прекращении настоящего Договора с указанием даты прекращения настоящего Договора.

7.3.5. В случае прекращения настоящего Договора, в том числе, при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страховщик уведомляет медицинские организации о прекращении оказания медицинских услуг по настоящему Договору всем или конкретному Застрахованному лицу.

Во всех случаях досрочного прекращения настоящего Договора, в том числе, при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страхователь при наличии такой возможности по требованию Страховщика возвращает Страховщику страховые полисы, страховые карточки выданные Застрахованным лицам.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и действительны лишь в том случае, если они выполнены в письменной форме.

7.4.1. Внесение изменений, связанных с переменной фамилии, имени, отчества, адреса проживания, домашнего и служебного телефонов Застрахованных лиц производится на основании уведомления от Страхователя, направленного в электронной форме по электронной почте, и не требует оформления дополнительного соглашения, подписанного каждой из Сторон.

При этом Страховщик уведомляет Страхователя по электронной почте о получении данного уведомления.

## **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Отношения Сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по настоящему Договору, решаются путем переговоров.

8.3. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Неисполнение или ненадлежащее исполнение Сторонами принятых на себя обязательств по настоящему Договору влечёт за собой ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

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

9.2. В случае изменений в цепочке собственников Страховщика, включая бенефициаров (в том числе конечных), и (или) в исполнительных органах Страховщика последний обязан в течение трех календарных дней после таких изменений предоставить Страхователю по адресу электронной почты \_\_\_\_\_ информацию об изменениях по установленной форме в формате «pdf» и в редактируемом формате «Excel» с подтверждением соответствующими документами в формате «pdf», включая согласия на обработку персональных данных физических лиц (в случае наличия).

9.3. Страхователь вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в случае неисполнения Страховщиком обязанности, предусмотренной п. 9.2 настоящего Договора. В этом случае настоящий Договор



считается расторгнутым с даты получения Страховщиком письменного уведомления Страхователя об отказе от исполнения настоящего Договора или с иной даты, указанной в таком уведомлении.

9.4. Настоящий Договор заключен по результатам конкурентной закупки (протокол \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_).

9.5. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение 1. Правила \_\_\_\_\_ Страховщика. Экземпляр Правил вручен Страхователю.
- Приложение 2. Программы добровольного медицинского страхования.
- Приложение 3. Списки Застрахованных лиц.
- Приложение 4. Список медицинских организаций.
- Приложение 5. Форма согласия застрахованного лица на обработку его персональных данных.

9.6. Стороны признают юридическую силу документов, направленных по электронной почте, при условии получения подлинных экземпляров указанных документов.

## 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Страховщик

Адрес места нахождения:

ОГРН

ИНН

КПП

Р/с

к/с

БИК

ОКВЭД Код по ОКПО

Тел./Факс:

Электронная почта:

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /

М.П.

### Страхователь

Адрес места нахождения:

ОГРН (для нерезидента -  
регистрационный номер в стране  
регистрации).

ИНН (для нерезидента - код иностранной  
организации),

КПП

Р/с

к/с

БИК

ОКВЭД Код по ОКПО

Тел./Факс:

Электронная почта:

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /

М.П.

Приложение 1

к Договору добровольного медицинского  
страхования граждан № \_\_\_\_\_  
от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ПРАВИЛА \_\_\_\_\_ СТРАХОВЩИКА

к Договору добровольного медицинского  
страхования граждан № \_\_\_\_\_  
от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ПРОГРАММА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Страховщик

\_\_\_\_\_

Страхователь

\_\_\_\_\_

к Договору добровольного медицинского страхования граждан № \_\_\_\_\_  
от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Список Застрахованных лиц**

№	Фамилия Застрахованного лица	Имя Застрахованного лица	Отчество Застрахованного лица	Дата рождения Застрахованного лица	Пол Застрахованного лица	Фактический адрес проживания	Телефон	Подразделе ние	Должность Застрахованного лица	Отношение к предприятию	VIP	Программа ДМС
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

**Страховщик**

\_\_\_\_\_

**Страхователь**

\_\_\_\_\_

СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Наименование ЛПУ	Адрес ЛПУ	Виды медицинской помощи

Страховщик

\_\_\_\_\_

Страхователь

\_\_\_\_\_

**Форма Согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных (взрослые)**

**СОГЛАСИЕ**

В соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»,

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью)

Паспорт \_\_\_\_\_, **выданный** \_\_\_\_\_

(серия, номер)

(кем и когда)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_, контактный телефон: \_\_\_\_\_,

(число/месяц/год)

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною своих персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе, составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные), с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной мне медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты моих прав в области добровольного медицинского страхования.

Оператор:

\_\_\_\_\_, юридический адрес \_\_\_\_\_

Мои персональные данные, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; паспортные данные (включая регистрационные данные паспорта, адрес регистрации); адрес проживания; сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности; контактный телефон; сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинскими услугами, месте оказания медицинских услуг, виде, условиях и стоимости лечения.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает:

- обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом;
- обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (а именно передачу партнерам – медицинским и иным учреждениям, с которыми у Оператора имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг застрахованным), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, получение моих персональных данных от партнеров Оператора.

Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Обществом моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

Согласие действует на период действия договора добровольного медицинского страхования, заключенного в отношении меня страхователем, и на протяжении 3 лет после его прекращения в соответствии с общим сроком исковой деятельности, установленным Гражданским кодексом РФ.

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

расшифровка

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

Форма Согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных (дети)

**СОГЛАСИЕ**

В соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»,

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО законного представителя полностью)

Паспорт \_\_\_\_\_, **выданный** \_\_\_\_\_

(серия, номер)

(кем и когда)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_, контактный телефон: \_\_\_\_\_,

(число/месяц/год)

являясь законным представителем

\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка полностью)

Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_, выданное \_\_\_\_\_

(серия, номер)

(кем и когда)

проживающего по адресу : \_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_,

(число/месяц/год)

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе, составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные), моего ребенка, с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной моему ребенку медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты прав моего ребенка в области добровольного медицинского страхования.

Оператор:

\_\_\_\_\_, юридический адрес \_\_\_\_\_

Персональные данные моего ребенка, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; данные свидетельства о рождении; адрес проживания; сведения о месте учебы; сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинскими услугами, месте оказания медицинских услуг, виде, условиях и стоимости лечения.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает:

- обработку персональных данных моего ребенка неавтоматизированным и автоматизированным способом;
- обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (а именно передачу партнерам – медицинским и иным учреждениям, с которыми у Оператора имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг застрахованным), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных моего ребенка, получение персональных данных моего ребенка от партнеров Оператора.

Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Обществом моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных моего ребенка.

Согласие действует на период действия договора добровольного медицинского страхования, заключенного в отношении моего ребенка страхователем, и на протяжении 3 лет после его прекращения в соответствии с общим сроком исковой деятельности, установленным Гражданским кодексом РФ.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка подписи законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

**Страховщик**

\_\_\_\_\_

**Страхователь**

\_\_\_\_\_