Приложение №4 к Документации о закупке[[1]](#footnote-1)

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**добровольного медицинского страхования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и

**Акционерное общество «Научно-производственное объединение автоматики» имени академика Н.А. Семихатова (АО «НПО автоматики»)**, именуемое в дальнейшем «Страхователь», лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны (далее вместе – Стороны), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Настоящий Договор заключен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Правилами добровольного медицинского страхования в редакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Правила, Приложение 1 к настоящему Договору).
   2. По настоящему Договору Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам, указанным в Списке Застрахованных лиц (далее – Список, Приложение 3 к настоящему Договору), медицинских услуг в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее – Программа, 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. Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения настоящего Договора в соответствии со Списком составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

1. **СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**
   1. По настоящему Договору страховым случаем является:
      1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Договора в медицинскую организацию из числа предусмотренных настоящим Договором (Приложение 2 к настоящему Договору) или согласованных Страховщиком для организации и оказания ему медицинских услуг (медицинской и лекарственной помощи), предусмотренных Программой, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных Программой, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.
   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 случаи обращения за 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;

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 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 | Страховая премия по Программе на 1 чел/год (руб.) | Итого страховая премия по Программе (руб.) | Страховая сумма по Программе на 1 чел/год (руб.) | Итого страховая сумма по Программе (руб.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Комплексная программа |  |  |  |  |  |

Размеры страховых премий на одно Застрахованное лицо по Программам заполняются на основании заявки победителя закупки и не могут быть увеличены Страховщиком в отношении лиц, как уже застрахованных по Договору, так и для вновь принимаемых на страхование лиц.

3.2. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп.

3.2.1. Лимит ответственности Страховщика в отношении всех Застрахованных лиц по Договору по оплате медицинских услуг, включенных в Программу, при обращении Застрахованного лица в медицинские организации из числа предусмотренных настоящим Договором, за исключением медицинских услуг, указанных в п.3.2.2., составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп.

Страховые выплаты производятся в пределах установленных лимитов ответственности и страховой суммы в отношении Застрахованного лица по Программе ДМС.

3.2.2. Лимит ответственности Страховщика в отношении всех Застрахованных лиц по настоящему Договору по оплате медицинских услуг, включенных в Программу \_\_, при обращении Застрахованного лица за оказанием экстренной медицинской помощи в медицинские организации, помимо указанных в настоящем Договоре по месту постоянного проживания Застрахованного лица, а также за получением медицинских услуг, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи на территории РФ силами санитарной авиации, в случаях, когда Застрахованному лицу необходима экстренная медицинская помощь и невозможна его транспортировка в медицинскую организацию другими транспортными средствами при отсутствии в доступной близости медицинских организаций, могущих оказать первичную медицинскую помощь Застрахованному лицу, включая работающие в системе обязательного медицинского страхования, и если эти услуги организованы Страховщиком, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, \_\_\_ копеек.

Страховые выплаты производятся в пределах индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного лица и указанной в п. 3.1.

Общая сумма страховых выплат по всем Застрахованным лицам не может превышать общей страховой суммы, указанной в п.3.2.

3.3. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп.

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

Первый страховой взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп. по «\_\_» июля 2025 г.

Второй страховой взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп. по «\_\_» октября 2025 г.

Третий страховой взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп. по «\_\_» января 2026 г.

Четвертый страховой взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп. по «\_\_» апреля 2026 г.

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

3.5. При неуплате в определенный настоящим Договором срок очередного страхового взноса в полном размере Страховщик вправе досрочно прекратить настоящий Договор в одностороннем порядке путем направления соответствующего уведомления Страхователю за 10 рабочих дней до даты досрочного прекращения настоящего Договора, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

3.6. При прекращении действия настоящего Договора в связи с неуплатой очередного страхового взноса Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховой взнос за период времени, в течение которого действовал настоящий Договор.

3.7. При приеме на страхование медицинское анкетирование не применяется.

3.8. Возрастные повышающие коэффициенты к страховой премии не применяются.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**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;

* + 1. в течение срока действия настоящего Договора обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских услуг, предусмотренный Программой, перечень медицинских организаций, размер страховой суммы, срок действия настоящего Договора;

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 настоящего 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.

Возможность расширения Списка прекращается за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора.

* 1. **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 Страховщиком;

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. По требованию Страховщика предоставить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или результаты медицинского освидетельствования при принятии его на страхование;

4.2.4. передать 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. получить от Застрахованных лиц письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, включая данные, составляющие врачебную тайну, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации (по форме Приложения №4 к настоящему Договору);

4.2.7. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 4.2.6. настоящего Договора, в течение 3 рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика;

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

* 1. **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.  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.

* 1. **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 5 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 объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских услуг;

4.4.8. в случае невозможности оказания медицинских услуг медицинским учреждением в рамках Программы (окончание срока действия лицензии, окончание срока действия или расторжения договора, заключенного между Страховщиком и медицинской и иной организацией, ликвидации или реорганизации медицинского учреждения и т.д.) уведомить об этом Страхователя в течение 14 рабочих дней, предложить возможные альтернативы и согласовать со Страхователем соответствующие изменения условий настоящего Договора путем оформления дополнительного соглашения;

4.4.9. принимать на страхование работников Страхователя без анкетирования и без применения возрастных коэффициентов;

* + 1. предоставлять отчеты о расходовании денежных средств и статистику пользования услугами на ежеквартальной основе и по требованию Страхователя.
  1. **Застрахованное лицо имеет 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.

* 1. **Застрахованное лицо обязано:**

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

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

4.6.3. при обращении в медицинскую организацию, предъявить документ удостоверяющий личность.

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, 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.

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 действующим законодательством Российской Федерации, путем замены Страхователя в настоящем Договоре, оформляемой дополнительным соглашением к настоящему Договору.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. и действует до 24 часов 00 минут «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2026 г.
   2. Действие индивидуальных страховых полисов, выданных в соответствии с настоящим Договором, прекращается одновременно с прекращением действия настоящего Договора.
2. **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.

1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока его действия;

7.1.2. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные настоящим Договором сроки или уплаты взноса в меньшем размере. В случае прекращения настоящего Договора по этой причине Страховщик уведомляет Страхователя и медицинские организации о прекращении оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

Досрочное прекращение настоящего Договора по причине неуплаты очередного страхового взноса производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя о прекращении настоящего Договора нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

7.1.3. 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 страхования, уплаченной за данное Застрахованное лицо.

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

7.1.5. 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;

7.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации. В данном случае порядок взаиморасчетов Сторон определяется действующим законодательством Российской Федерации.

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 настоящему Договору страхования суммы страховых вносов за Застрахованных лиц, в отношении которых прекращается страхование, за вычетом приходящейся на указанных Застрахованных лиц части страховой премии, рассчитанной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и за вычетом страховых выплат, произведенных Страховщиком в отношении указанных 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 календарных дней со дня получения списков.

7.3.4. При прекращении настоящего Договора в отношении всех Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику по факсимильной или электронной связи, 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.

* + 1. Возврат рассчитанного остатка страхового взноса за не истекший оплаченный период страхования, по согласованию со Страхователем учитывается при дальнейших взаиморасчетах Сторон (без удержания РВД) или возвращается на р/сч Страхователя по заявлению Страхователя (с удержанием РВД в размере 5%).
    2. При прекращении настоящего Договора в отношении всех Застрахованных лиц Страховщик возвращает остаток не использованного страхового взноса на р/сч Страхователя по заявлению Страхователя.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в соответствии с законодательством Российской Федерации и действительны лишь в том случае, если они выполнены в письменной форме. Стороны признают юридическую силу дополнительных соглашений и счетов, подписанных со стороны Страховщика факсимильной подписью.

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

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

7.5. Внесение изменений (прикрепление, открепление, замена) в списки Застрахованных лиц допускается с любого числа каждого месяца.

7.6. Возможность внесения изменений в списки Застрахованных лиц прекращается за 30 дней до окончания срока действия Договора.

# ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

# (Основание: ч. 3-5 ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»)

## 8.1.Страхователь поручает Страховщику обработку персональных данных своих работников с целью оказания медицинских услуг. Использование Страховщиком персональных данных, обработку которых ему поручает Страхователь, в иных целях не допускается.

## 8.2. Страхователь и Страховщик отдают себе отчет в том, что персональные данные являются информацией конфиденциального характера, не подлежащей раскрытию третьим лицам и распространению без получения на это предварительного письменного согласия работника Страхователя по форме Приложения № 4, за исключением случаев, предусмотренных федеральным законодательством.

## 8.3. При оказании медицинских услуг Страховщик обязуется соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, предусмотренные федеральным законодательством в области персональных данных.

## 8.4. Основанием для передачи персональных данных Исполнителю является предварительно полученное Страхователем письменное согласие работника на поручение обработки его персональных данных Исполнителю. Дополнительно получать согласие у работника Страхователя на обработку его персональных данных Исполнителю не требуется.

## 8.5. Обработка Исполнителем персональных данных работника Страхователя включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных Исполнителем может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

## 8.6. В процессе обработки Страховщик обязуется принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных работника Страхователя от несанкционированного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения и иных неправомерных действий в отношении персональных данных, а именно:

* назначить должностных лиц, ответственных за организацию обработки и защиты персональных данных;
* установить состав должностных лиц, имеющих доступ к персональным данным;
* ознакомить должностных лиц с требованиями нормативных правовых актов Российской Федерации и внутренних документов по обработке и защите персональных данных;
* определить угрозы безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах;
* организовать учет и хранение машинных носителей информации;
* применять систему защиты, обеспечивающую установленный уровень защищенности персональных данных;
* разграничить доступ пользователей к информационным ресурсам, программно-аппаратным средствам обработки и защиты информации;
* применять средства защиты информации, в том числе криптографические средства, прошедшие в установленном порядке процедуру оценки соответствия в тех случаях, когда применение таких средств необходимо для нейтрализации актуальных угроз;
* обеспечить восстановление персональных данных, уничтоженных или модифицированных вследствие несанкционированного доступа к ним;
* обеспечить контроль за принимаемыми мерами по обеспечению безопасности персональных данных и уровня защищенности информационных систем персональных данных;
* обеспечить систему обнаружения инцидентов безопасности персональных данных и реагирования на них;
* обеспечить режим безопасности помещений с техническими средствами обработки персональных данных.

## 8.7. Страховщик несет ответственность перед Страхователем за обеспечение порядка обработки и мер безопасности персональных данных работников при их обработке.

8.8. В случаях выявления неточностей, неправомерной обработки, достижения целей обработки персональных данных Страхователь обязан письменно уведомить Исполнителя о необходимости уточнения, блокировки или уничтожения персональных данных в его информационных системах и на материальных носителях. Страховщик должен произвести предписываемые действия с персональными данными в установленные федеральным законодательством сроки и сообщить об этом Страхователю.

1. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
   1. Отношения Сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются Правилами и действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по настоящему Договору, решаются путем переговоров.
   3. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   4. Неисполнение или ненадлежащее исполнение Сторонами принятых на себя обязательств по настоящему Договору влечёт за собой ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
   1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
   2. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

* Приложение 1. Правила добровольного медицинского страхования
* Приложение 2. Программа добровольного медицинского страхования.
* Приложение 3. Список Застрахованных лиц.
* Приложение 4. Форма согласия застрахованного лица на обработку его персональных данных.
  1. Стороны признают юридическую силу документов, направленных по электронной почте, при условии получения подлинных экземпляров указанных документов.

1. **АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страхователь:** | **Страховщик:** |
| **АО «НПО автоматики»**  Юридический адрес:  620075, Российская Федерация,  Свердловская область, г. Екатеринбург,  ул. Мамина-Сибиряка, строение 145  ИНН 6685066917  КПП 668501001  р/с 40702810900000068622  Ф-Л Банка ГПБ (АО) г. Москва  к/с 30101810200000000823  БИК 044525823 |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| М.П. | М.П. |

**Приложение №1**

**к Договору добровольного медицинского страхования**

**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**Правила добровольного медицинского страхования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. |

**Приложение №2**

**к Договору добровольного медицинского страхования**

**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**Программадобровольного медицинского страхования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. |

**Приложение №3**

**к Договору добровольного медицинского страхования**

**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**Список застрахованных лиц**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, Имя, Отчество | Дата рождения | Адрес фактического проживания | Программа страхования |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. |

**Приложение №4**

**к Договору добровольного медицинского страхования**

**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**Форма согласия застрахованного лица на обработку его персональных данных**

**Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных Страховщиком и партнерами Страховщика в целях заключения и реализации Договора добровольного медицинского страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика моих персональных данных в целях заключения и реализации Договора добровольного медицинского страхования (далее по тексту Договор ДМС), а также в целях соблюдения требований действующего законодательства.

Для целей настоящего Договора ДМС мои персональные данные включают в себя следующие: фамилия, имя, отчество, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения.

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным учреждениям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг), получение данных обо мне от партнеров Страховщика, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я понимаю и с согласен(сна) с тем, что при передаче моих персональных данных Страховщику, работники медицинских и иных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком. При этом передача моих персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Страхователю заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Страхователя. В случае получения от Страхователя такового письменного заявления, Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении данного Застрахованного с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Данное согласие передано мной в момент подписания Договора ДМС.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*расшифровка*

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/**  М.П. |

**Согласие законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного лица на обработку персональных данных Страховщиком и партнерами Страховщика в целях заключения и реализации Договора добровольного медицинского страхования**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

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

**Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО полностью)**

**Законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО, адрес, данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного, полностью)**

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

**(серия, номер) (кем и когда)**

**Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО Застрахованного) в целях заключения и реализации Договора добровольного медицинского страхования (далее по тексту Договор ДМС), а также в целях соблюдения требований действующего законодательства.

Для целей настоящего Договора ДМС персональные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО Застрахованного) включают в себя следующие: фамилия, имя, отчество, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения.

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия с персональными данными\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО Застрахованного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным учреждениям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг), получение данных о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от партнеров Страховщика, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я понимаю и с согласен с тем, что при передаче персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Застрахованного) Страховщику, работники медицинских и иных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком. При этом передача персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Застрахованного) иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Застрахованного) посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Страхователю заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Страхователя. В случае получения от Страхователя такового письменного заявления, Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении данного Застрахованного с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Данное согласие передано мной в момент подписания Договора ДМС.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

*расшифровка*

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик** | **Страхователь** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  М.П. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. |

1. Настоящая форма является проектом, в который по согласованию между Страховщиком и Заказчиком могут быть внесены изменения в зависимости от особенностей нормативной базы Страховщика, не ухудшающие условия страхования, предложенные Страховщиком в рамках открытой закупочной процедуры. [↑](#footnote-ref-1)