**Форма Согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных**

**С О Г Л А С И Е**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу: | | |  | | |
|  | | | (адрес места жительства) | | |
|  | | |  | | |
| паспорт | |  | | , выданный |  |
|  | | (серия, номер) | |  | (дата выдачи) |
|  | | | | | |
| (место выдачи паспорта) | | | | | |

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ», далее - Общество), юридический адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10

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; другие персональные данные, указанные в договоре (полисе) страхования и приложениях к нему, являющихся неотъемлемой частью договора (полиса) страхования, а также в заявлении о событии и других предоставленных мною документах.

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, передачу (а именно передачу Страхователю[[1]](#footnote-1), а также партнерам – медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора имеются договорные отношения об оказании или организации оказания медицинской помощи и иных услуг застрахованным лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, получение моих персональных данных от партнеров Оператора, а также иные действия в соответствии со ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных.

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

Я, являясь Застрахованным лицом, в целях исполнения АО «СОГАЗ» обязательств по Договору страхования, руководствуясь ч. 3 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», выражаю свое согласие любому врачу, медицинской организации, лаборатории, любой организации, индивидуальному предпринимателю, государственному органу, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять в АО «СОГАЗ» (ИНН 7736035485, ОГРН 1027739820921) по его запросу сведения, составляющие врачебную тайну (в том числе после моей смерти), а именно: полную информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные составляющие врачебную тайну сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, а также медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих вышеуказанные сведения.

Согласие действует на период действия договора (полиса) страхования, заключенного в отношении меня Страхователем, а также в течение 5 лет после истечения срока действия/расторжения в соответствии с предусмотренным законодательством сроком хранения договоров (полисов) страхования.

Подписывая настоящее согласие, я также подтверждаю, что на момент заключения договора (полиса) страхования мне не установлен диагноз и я не прохожу обследования и/или лечения по поводу заболеваний (состояний), указанных Программе ДМС (приложение №2 к договору (полису)), п. 1.1, а также отсутствовала ранее потребность в проведении оперативных вмешательств, указанных в п. 1.2 Программы ДМС (приложение №2 к договору (полису)). Я понимаю и согласен с тем, что АО «СОГАЗ» имеет право потребовать признания договора (полиса) страхования в отношении меня недействительным в соответствии со ст. 944 ГК РФ при сообщении недостоверных сведений.

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

расшифровка

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

1. В случаях, когда Страхователь не является Застрахованным лицом по договору (полису) страхования. [↑](#footnote-ref-1)