Приложение №4

К Договору добровольного медицинского страхованию граждан

№ 0720 LM 00073 от «15» января 2021 года

**Форма Согласия Застрахованных лиц на обработку их 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(яя) по адресу: | | |  | | |
|  | | | (адрес места жительства) | | |
|  | | |  | | |
| паспорт | |  | | , выданный |  |
|  | | (серия, номер) | |  | (дата выдачи) |
|  | | | | | |
| (место выдачи паспорта) | | | | | |

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Головного офиса: 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; адрес электронной почты; 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 Страхователю, а также партнерам – медицинским и иным организациям, 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 Страхователя, 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 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 добровольного медицинского страхования, заключенного в отношении меня страхователем, и на протяжении 5 лет после истечения срока действия/расторжения в соответствии с предусмотренным законодательством сроком хранения договоров страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

Дополнительно я даю согласие на бесплатное получение от Общества и его контрагентов (партнёров), которые работают в рамках партнерских программ с целью реализации продуктов и услуг, информации, посредством передачи мне текстовых сообщений (СМС-уведомлений), электронных сообщений на электронный адрес, с указанием в них моего имени, отчества и направляемых на предоставленный мной номер сотового (мобильного) телефона и предоставленный электронный адрес. Перечень направляемой информации: уведомление о проводимых акциях Общества и его контрагентов (партнёров), уведомление о новых потенциально интересных страховых продуктах и продуктах партнеров, поздравление с Днем рождения, с Новым годом и др. отраслевых, общероссийских и международных праздниках.

* **Согласен[[1]](#footnote-1)**
* **Отказываюсь**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

Форма согласована:

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Страховщика: | От имени Страхователя: |
| Региональный менеджер по развитию бизнеса Санкт-Петербургского филиала АО «СОГАЗ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Е.Е. Синичкина/  М.П. | Первый заместитель генерального  директора ЗАО «СПГЭС»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Е.Н. Стрелин/  М.П. |

1. Застрахованное лицо вправе отказаться от получения информации в рамках партнерских программ, направив на электронный адрес Общества письмо с отказом от рассылки или обратиться в офис АО «СОГАЗ». [↑](#footnote-ref-1)