Приложение №4

к Договору добровольного медицинского страхования граждан № 0722LM00003

от «\_\_\_» января 2022 года

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

**С О Г Л А С И Е**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

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

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

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

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

выражаю согласие АО «СОГАЗ» (107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10) на обработку следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего его органа, код подразделения), адрес места регистрации и адрес для уведомлений (адрес места жительства), номер телефона, адрес электронной почты, иные персональные данные, указанные в Полисе, в заявлении на страховую выплату, в других предоставленных мною документах; сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении. Целями обработки являются: исполнение Полиса; сбор и анализ статистических данных; прямые контакты со мной с помощью средств связи, письменное, электронное информирование, в т.ч., посредством мессенджеров (Viber, WhatsApp и др.). Обработка включает такие действия (операции) или их совокупности с использованием средств автоматизации или без их использования: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача. Указанные данные и сведения могут передаваться в Банк России, в органы (организации) государственного/муниципального контроля (надзора), в компетентные органы, медицинские и экспертные организации при наступлении страхового случая и урегулировании убытков, операторам связи (в т.ч., почтовой), организациям, оказывающим услуги мессенджеров и по информированию. Информация об органах и организациях, которые в силу закона обеспечивают конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, которым могут передаваться такие данные и сведения, может быть запрошена у АО «СОГАЗ».

Обработка персональных данных – любое действие (операция) или совокупность действий (операций) с использованием средств автоматизации или без их использования с персональными данными, включая перечисленные в Полисе.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выражаю согласие врачам, медицинским учреждениям, лабораториям, организациям, индивидуальным предпринимателям, государственным органам, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фондам социального страхования, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять должностным лицам АО «СОГАЗ» (ИНН 7736035485, ОГРН 1027739820921) по их запросам сведения, составляющие врачебную тайну (в т.ч., после моей смерти): о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих перечисленные сведения.

Соглашаюсь на: получение АО «СОГАЗ» информации обо мне в кредитных бюро с целью проверки представленной мной при заключении Полиса информации; проверку указанных в Полисе сведений, путем опросов работниками АО «СОГАЗ» по указанным в Полисе телефонам, иными не противоречащими законодательству способами.

Согласия действуют в течение срока действия Полиса и на протяжении 5 лет после его прекращения, если более продолжительный срок не вытекает из законодательства. Согласия могут быть отозваны путем направления письменного уведомления в адрес АО «СОГАЗ».

* **Согласен[[1]](#footnote-1)** на получение от АО «СОГАЗ» информации об услугах, акциях, предложениях, об услугах организаций Страховой группы СОГАЗ. Согласие действует до прекращения действия Полиса и может быть отозвано путем устного/письменного обращения в одном из офисов АО «СОГАЗ» по адресам опубликованным на <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/> либо в офисе по указанному выше адресу.
* **Отказываюсь**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Представитель Страховщика:  Региональный менеджер по развитию бизнеса  Санкт-Петербургского  филиала АО «СОГАЗ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Е.Е.Синичкина/  М.п. | Представитель Страхователя:  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)