

**Согласие на обработку персональных данных  
и передачу персональных данных третьим лицам**

Я, \_\_\_\_\_.  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_.  
Адрес места пребывания (фактический адрес проживания): \_\_\_\_\_.  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ года.

Настоящим даю оператору персональных данных АО «СОГАЗ» (адрес места нахождения: 107078, г. Москва, пр-т Академика Сахарова, 10) в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные): фамилия, имя, отчество, пол; год, месяц, дата и место рождения; паспортные данные (или данные иного документа, удостоверяющего личность): серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ; адрес места регистрации и адрес фактического проживания; номер телефона; 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) в целях исполнения договора (полиса) страхования; сбора и анализа статистических данных.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано мое согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (распространение, предоставление, доступ) персональных данных в сторонние организации, в том числе, в другие страховые (перестраховочные) организации при осуществлении перестрахования (в том числе на трансграничную передачу); в организации, осуществляющие проверку деятельности Оператора в соответствии с действующим законодательством; в соответствующие организации и компетентные органы при урегулировании убытков; кредитор/займодавцу (залогодержателю) и иным лицам, привлекаемым Оператором для исполнения договора (полиса) страхования и (или) оказания страховых услуг.

Согласие действует на период действия договора (полиса) страхования и на протяжении 5 лет после его прекращения и может быть отозвано мною в любое время посредством направления в адрес АО «СОГАЗ» письменного уведомления. Для обработки персональных данных, содержащихся в данной согласии, дополнительного письменного разрешения их обладателя не требуется.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)