



**Форма согласия законного представителя несовершеннолетнего  
Застрахованного лица на обработку персональных данных**

**СОГЛАСИЕ**

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

---

паспорт \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_ (место выдачи паспорта)

**являясь законным представителем**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка)

дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

Свидетельство  
о рождении / \_\_\_\_\_, выданное \_\_\_\_\_  
паспорт (серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_ (место выдачи свидетельства о рождении/ паспорта)

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе, составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные), моего ребенка, с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной моему ребенку медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты прав моего ребенка 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

Персональные данные моего ребенка, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; паспортные данные/данные свидетельства о рождении (включая

регистрационные данные паспорта/свидетельства о рождении, адрес регистрации); адрес проживания; сведения о месте учебы; 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 персональных данных моего ребенка 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 или организации оказания медицинской помощи и иных услуг застрахованным лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных моего ребенка, получение персональных данных моего ребенка 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 персональных данных моего ребенка.

Я, являясь законным представителем Застрахованного лица, в целях исполнения АО «СОГАЗ» обязательств по Полису, руководствуясь ч. 3 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», выражаю свое согласие любому врачу, медицинскому учреждению, 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 смерти моего ребенка), а именно: полную информацию о факте обращения моего ребенка за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные составляющие врачебную тайну сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении моего ребенка, а также медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих вышеуказанные сведения.

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

Подпись законного представителя  
Застрахованного лица \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка подписи законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года