

## Форма согласия 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)

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

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

\_\_\_\_\_ (место выдачи паспорта)

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, распространение (а именно передачу Страхователю<sup>1</sup>, 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.

<sup>1</sup> В случаях, когда Страхователь не является Застрахованным лицом по договору (полису) страхования.

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 злокачественного новообразования, новообразования головного мозга и/или заболеваний (состояний), связанных с таковым(ми). 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.

Подпись \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года