Приложение №4

к Договору добровольного медицинского страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 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) | | | | | |

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; сведения о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозах специалистов по их лечению, факте обращений за медицинскими услугами в ЛПУ (включая их наименования и сроки обращений), месте оказания медицинских услуг, виде, условиях и стоимости лечения, иные сведения, полученные страховщиком при обследованиях и лечении в ЛПУ.

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, Акционерному обществу «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» (далее – АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»), 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, АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», 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.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

расшифровка

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

**Форма согласована:**

**Страховщик: Страхователь:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**Ю.В. Суханов**/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**Н.В. Середа**/

м.п. м.п.