Приложение № 5

к Договору страхования от несчастных случаев и болезней 22 LA 0361

от « 28 » декабря 2021 года

**Согласие на обработку специальных категорий персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | |  | | | |
|  | | | (адрес места жительства) | | | |
| паспорт | |  | | , выданный |  | |
|  | | (номер) | |  | (дата выдачи) | |
|  | | | | | | |
| (место выдачи паспорта) | | | | | | |
| даю согласие оператору персональных данных: | | | | | | АО «СОГАЗ», |
| находящемуся по адресу: 107078, г. Москва, пр-т Ак. Сахарова, дом 10.  на обработку моих персональных данных специальных категорий в целях: | | | | | | |
| урегулирования убытков по страхованию от несчастных случаев, несчастных случаев и болезней | | | | | | |
| (цель обработки персональных данных) | | | | | | |
| Мои персональные данные специальных категорий, в отношении которых дается данное согласие, включают: | | | | | | |
| фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности, контактный телефон, сведения о состоянии здоровья, диагнозе заболевания, данные об обращениях за медицинской помощью, банковские реквизиты | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (перечень специальных категорий персональных данных, на обработку которых дается согласие) | | | | | | |
| Действия с моими персональными данными специальных категорий включают в себя: | | | | | | |
| обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, получение моих персональных данных от партнеров Оператора. | | | | | | |
| (перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие) | | | | | | |
| обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом в многопользовательском режиме с передачей по сетям связи, используя сети связи общего пользования; | | | | | | |
| (описание используемых оператором способов обработки персональных данных: автоматизированная / неавтоматизированная обработка, в однопользовательском / многопользовательском режиме, с передачей / без передачи по сетям связи, используя / не используя сети связи общего пользования)  В целях исполнения АО «СОГАЗ» обязательств по указанному договору страхования, 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» (ИНН7736035485, 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. * АО «СОГАЗ» предоставлять документы, 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, в экспертные организации независимо от организационно-правовой формы.   Срок действия настоящего согласия: 5 лет. | | | | | | |
| Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.  Для обработки персональных данных, содержащихся в данном согласии, дополнительного письменного разрешения их обладателя не требуется.  "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | |