**Согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица**

в целях исполнения Договора добровольного медицинского страхования

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Страховому акционерному обществу "РЕСО-Гарантия" (САО "РЕСО-Гарантия", именуемое в дальнейшем Страховщик) (в том числе работникам (лицам, выполняющим работы на основании заключенного с ними САО "РЕСО-Гарантия" трудового договора) и представителям (лицам, выполняющим работы или оказывающим услуги САО "РЕСО-Гарантия" на основании заключенного с ними САО "РЕСО-Гарантия" гражданско-правового договора и имеющим доступ к персональным данным, обрабатываемым в САО "РЕСО-Гарантия") САО "РЕСО-Гарантия"), местонахождение: Российская Федерация, 117105, город Москва, Нагорный проезд, дом 6, строение 9, этаж 3, комната 1, а также операторам электронного документооборота на обработку моих персональных данных в целях заключения и исполнения Договора добровольного медицинского страхования. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 5 (пяти) лет после прекращения его действия. Если Договор добровольного медицинского страхования будет пролонгирован (перезаключен) на новый период и я буду Застрахованным лицом в рамках нового Договора, срок действия настоящего Согласия продлевается на срок его действия, включая 5 лет с момента окончания срока его действия.

Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору, а также в целях его заключения передавать мои персональные данные оператору электронного документооборота, с которым у Страховщика и Страхователя имеются договорные отношения об организации электронного документооборота, посредством системы электронного документооборота, если это необходимо для целей, предусмотренных настоящим Согласием, а также специальные персональные данные Страхователю, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует в течение срока, указанного в абзаце 1 настоящего Согласия.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

|  |
| --- |
| ***Дата Подпись застрахованного лица***  ***\_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_