****

**Согласие на обработку специальных категорий персональных данных**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

|  |  |
| --- | --- |
|  **Я,** |  |
| (фамилия, имя, отчество) |
| проживающий(ая) по адресу: |  |
|  | (адрес места жительства) |
| паспорт |  | , выданный |  |
|  | (номер) |  | (дата выдачи) |
|  |
| (место выдачи паспорта) |
| **Выражаю свое согласие** АО «СОГАЗ» (107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д.10) на обработку моих персональных данных специальных категорий включающих следующие данные:фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего его органа, код подразделения), адрес места регистрации и адрес для уведомлений (адрес места жительства), номер телефона, адрес электронной почты, сведения о занятости, сведения о семейном положении, банковские реквизиты иные персональные данные, указанные в предоставленных мною документах; сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении.  |
| **Целями обработки является**: исполнение обязательств условий договора страхования, прямые контакты с помощью средств связи, письменное, электронное информирование, в т.ч. с использованием сайта, мобильного приложения АО «СОГАЗ», мессенджеров. |
|  |
| **Обработка включает такие действия (операции) или их совокупности с использованием средств автоматизации или без их использования:** сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передача. Указанные данные и сведения могут передаваться в Банк России, в органы (организации) государственного/муниципального контроля (надзора), в компетентные органы, медицинские и экспертные организации при наступлении страхового случая и урегулирования убытков, операторам связи (в т.ч. почтовой), организациям, оказывающим услуги мессенджеров и по информированию. Информация об органах и организациях, которые в силу закона обеспечивают конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, которым могут передаваться такие данные и сведения может быть запрошена у АО «СОГАЗ».  |
| **Также в целях исполнения АО «СОГАЗ» обязательств по договору страхования 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.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации. |
| Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение АО «СОГАЗ» 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (дата) (подпись) (расшифровка) |