|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 5к Договору ДМС № 3722 LM 0204 от «\_\_» сентября 2022г. |
| Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного | |
|  |  |

## Согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Застрахованного для осуществления добровольного медицинского страхования граждан

## по Договору ДМС (здесь и далее по тексту Договор)

## В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика моих ниже перечисленных персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений и др., а так же в целях информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях, в целях проведения анализа и в целях регистрации в личном кабинете путем ввода идентифицирующих меня данных при регистрации в соответствующем разделе сайта.

Мои персональные данные, как данные Застрахованного включают: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику и партнерам Страховщика право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношение моих персональных данных. 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 бессрочно (если иное не указано ниже).

Я вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страхователя заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Страхователя. В случае поступления от Страхователя письменного заявления об отзыве персональных данных Страховщик вправе рассматривать указанное заявление как уведомление о расторжении Договора в отношении меня, и я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного заявления от Страхователя.

Заявление о назначении выгодоприобретателя

Я также подтверждаю, что выгодоприобретателем в части выплаты по оплате медицинских и иных услуг (медицинской помощи) являются медицинские (иные) учреждения, указанные в Договоре или согласованные со Страховщиком[[1]](#footnote-1).

|  |
| --- |
| Застрахованный |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО полностью)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_г., телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |

**Стороны согласовали**

**Форму согласия на обработку**

**Страховщиком персональных данных Застрахованного**

1. В случае возмещения Страховщиком согласно применимой Программе самостоятельно произведенных расходов предоставляется отдельное заявление с указанием выгодоприобретателя, понесшего данные расходы. [↑](#footnote-ref-1)