**Согласие на работу с персональными данными**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа, удостоверяющий личность)

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(кем и когда)

проживающий по адресу

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

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

настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинского учреждения, Бюро медико-социальной экспертизы, Фонда обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости АО «СОГАЗ».

Я разрешаю АО «СОГАЗ» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю своё согласие АО «СОГАЗ» (юридический адрес: 107078, г. Москва, пр-т Академика Сахарова, д.10), на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных и иных данных на действия (операции), предусмотренные положениями вышеуказанного закона, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных; включая персональные данные о состоянии здоровья, в целях надлежащего исполнения договора; включения персональных данных в клиентскую базу данных АО «СОГАЗ» для осуществления информационного сопровождения исполнения договора и информационных рассылок, а также на передачу в соответствии с законодательством Российской Федерации персональных данных в государственные органы и общественные организации.

Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора, а также для выполнения АО «СОГАЗ» иных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и связанных с договором страхования.

Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу 107078, г. Москва, пр-т Академика Сахарова, д.10.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(подпись) (фамилия, инициалы) (дата заполнения Заявления)