

**Согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица в целях исполнения Договора добровольного медицинского страхования**

Я, Тупелева Рудина Мендалиевна,  
 паспорт 12 16 632241, выданный ОУФМС России по Астраханской обл  
 и респ. Калмыкия в Приволжском р-не «02» 08 2016 года,  
 зарегистрированный (ая) по адресу: Астраханская обл, Приволжский р-н,  
с. Наганово, ул. Коммуна, д. 13 (далее – Застрахованное  
 лицо) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»  
 даю согласие Акционерному обществу «АльфаСтрахование» (АО «АльфаСтрахование»),  
 именуемому в дальнейшем Страховщик (в том числе работникам (лицам, выполняющим работы на  
 основании заключенного с АО «АльфаСтрахование» трудового договора) и представителям (лицам,  
 выполняющим работы или оказывающим услуги АО «АльфаСтрахование» на основании  
 заключенного с АО «АльфаСтрахование» гражданско-правового договора и имеющим доступ к  
 персональным данным, обрабатываемым в АО «АльфаСтрахование»), местонахождение: г. Москва,  
 ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б, на обработку моих персональных данных в целях заключения Договора  
 добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского  
 страхования заключенного ФГАУ НИИ «Восход» (далее – Страхователь) и АО  
 «АльфаСтрахование»), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и  
 урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической  
 информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства  
 Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в  
 течение срока действия настоящего согласия.

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, в том числе 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 действует в течение 13 (тринадцати) месяцев с даты его подписания.

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.

18/10/2022г.  
 Дата

Р.М. Тупелева  
 Подпись, инициалы и фамилия Застрахованного лица