

Согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и разглашение медицинских сведений

СОГЛАСИЕ

В соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»,

Я, _____
(ФИО законного представителя полностью)

Паспорт: серия _____ № _____, выданный: _____
дата выдачи _____

проживающий по адресу: _____

дата рождения: _____, контактный телефон: _____,

являясь законным представителем: _____

Свидетельство о рождении _____, выданное _____
дата выдачи _____

Проживающего по адресу: _____

дата рождения: _____

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною персональных данных моего ребенка, с целью защиты прав моего ребенка в области страхования от несчастных случаев.

Оператор: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» (АО «СОГАЗ», далее - Общество), юридический адрес Головного офиса: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10

Персональные данные моего ребенка, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; данные свидетельства о рождении; адрес проживания; сведения о месте учебы; сведения о состоянии здоровья, диагнозе.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает:

- обработку персональных данных моего ребенка неавтоматизированным и автоматизированным способом;
- обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных моего ребенка, получение персональных данных моего ребенка от партнеров Оператора.

Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Обществом моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных моего ребенка.

Согласие действует на период действия Договора, заключенного в отношении моего ребенка страхователем, и на протяжении 3 лет после его прекращения в соответствии с общим сроком исковой давности, установленным Гражданским кодексом РФ.

(_____) *Подпись законного представителя*

« ____ » _____ 2026 года

Я _____ являясь застрахованным лицом (законным представителем застрахованного лица) по договору страхования, заключенному с АО «СОГАЗ» (страховщик), в целях исполнения АО «СОГАЗ» обязательств по указанному договору страхования, руководствуясь ч. 3 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», выражаю свое согласие любому врачу, медицинскому учреждению, лаборатории, любой организации, индивидуальному предпринимателю, государственному органу, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, фонду социального страхования, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять в АО «СОГАЗ» (ИНН 7736035485 ОГРН 1027739820921) по его запросу сведения, составляющие врачебную тайну, а именно: полную информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, травмах, болезнях, иные составляющие врачебную тайну сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, включая копии медицинских и иных документов, содержащих вышеуказанные сведения.

(_____) *Подпись законного представителя*

« ____ » _____ 2026 года