



Согласие на обработку персональных данных в целях оказания страховых услуг

Настоящим, свободно, своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю свое согласие АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ», ИНН 3801013896, 153034, г. Иваново, ул. Смирнова, д. 105 Б (далее – Страховщик) на автоматизированную и неавтоматизированную обработку любых моих персональных данных, предоставленных мной лично путем направления мною анкет, заявлений и/или других документов, а также полученных Страховщиком от третьих лиц, с целью получения мною услуг, заключения и/или исполнения договоров страхования (полисов), урегулирования убытков. Перечень персональных данных может включать, но не ограничивается, следующими данными: полное фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, гражданство, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН), адрес электронной почты, номер мобильного телефона, номер домашнего телефона, адрес места проживания, адрес регистрации, идентификационные данные документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающего право на пребывание на территории Российской Федерации, сведения о месте работы, учебы, сведения о состоянии здоровья, сведения о страховых событиях.

Страховщик имеет право осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Страховщика, с помощью проставления отметок/введения соответствующей информации.

Страховщик вправе осуществлять обработку моих персональных данных следующими способами: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), поручение обработки третьему лицу, проверку достоверности указанных персональных данных. Подробное описание правил обработки изложено в Положении об обработке персональных данных АО «Страховая Компания» СОЛИДАРНОСТЬ».

Даю Страховщику информированное добровольное согласие на оказание консультационных услуг по вопросам медицинского характера с использованием информационно-коммуникационных технологий, а также на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну и подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован о возможности (праве) и порядке оказания мне и/или Застрахованному лицу, указанному Страхователем в Полисе, Общество

с ограниченной ответственностью «Меди Гайд», 123298 г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Хорошево-Мневники, ул. 3-я Хорошевская, д. 18, к. 2, сайт www.medzdrav.ru, Круглосуточный телефон +7 (800) 350-69-92, а также иным медицинским учреждениям;

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выражаю свое согласие на оказание мне и/или Застрахованному лицу, указанному Страхователем, ООО «Меди Гайд» услуг по договору страхования (полису);

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», части 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие ООО «Меди Гайд» и иным медицинским учреждениям, предоставлять Страховщику любые сведения, связанные со мной или Застрахованным лицом, указанным в договоре страхования (полисе), в том числе, составляющие врачебную тайну (среди прочего - о фактах обращения за оказанием услуг по договору страхования (полису)), в т.ч. с использованием информационно-коммуникационных технологий в соответствии с законодательством РФ для организации обслуживания, в частности: обработки данных в целях исполнения договора страхования (полиса);

Подтверждаю, что осведомлен и не возражаю, что в соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик и ООО «Меди Гайд» обрабатывают сведения обо мне и ином лице, указанном в качестве Застрахованного лица, при обращении за консультацией с помощью своих программно-аппаратных средств с момента вступления в силу договора страхования (полиса) и до окончания срока действия договора страхования (полиса). Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными сведениями, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных сведений, запись консультации по вопросам медицинского характера на электронных носителях для последующего использования по своему усмотрению. В случаях, предусмотренных законодательством РФ, я вправе отозвать свое согласие, направив Страховщику соответствующее уведомление в письменной форме. Я и/или Застрахованное лицо по договору страхования (полису), предоставляя ООО «Меди Гайд» свой электронный адрес и номер мобильного (иного) телефона при обращении в контактный центр ООО «Меди Гайд», подтверждаем свое согласие на передачу информации через открытые каналы связи.

Обязуюсь ознакомить лицо, указанное мною в качестве Застрахованного лица в договоре страхования (полисе), с полным текстом настоящего Согласия, а также подтверждаю и гарантирую наличие полномочий на совершение действий по даче согласия от Застрахованного лица.

Настоящее согласие действует в течение 5 (Пяти) лет со дня его предоставления или дня прекращения обязательств сторон по договору страхования (полису).

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» письменного уведомления об этом, по адресу: 153034, Ивановская область, г. Иваново, ул. Смирнова, д. 105Б. Согласие считается отозванным с момента получения Страховщиком указанного уведомления.

Я уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных законодательством.