Приложение №4

К Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года

**Форма Согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных**

**С О Г Л А С И Е**

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

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

(ФИО законного представителя полностью)

**Паспорт**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **выданный** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (кем и когда)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**проживающий по адресу**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, контактный телефон**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число/месяц/год)

**являясь законным представителем**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребенка полностью)

**Свидетельство о рождении** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **выданное** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (кем и когда)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**проживающего по адресу** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число/месяц/год)

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе, составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные), моего ребенка, с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной моему ребенку медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты прав моего ребенка в области добровольного медицинского страхования.

Оператор:

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, факте обращения за медицинским услугами, месте оказания медицинских услуг, виде, условиях и стоимости лечения.

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 (а именно передачу партнерам – медицинским и иным учреждениям, с которыми у Оператора имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг застрахованным), 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 добровольного медицинского страхования, заключенного в отношении моего ребенка страхователем, и на протяжении 3 лет после его прекращения в соответствии с общим сроком исковой деятельности, установленным Гражданским кодексом РФ.

Подпись законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

расшифровка подписи законного представителя

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ года