

СОГЛАСИЕ

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 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:

Публичное акционерное общество Страховая Компания «Росгосстрах» (ПАО СК «РОСГОССТРАХ», далее - Общество), юридический адрес Головного офиса: 140002, РФ, Московская область, г. Люберцы, ул. Парковая, д.3

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 медицинской помощью, месте оказания медицинской помощи, 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 (в том числе 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

« _____ » _____ 20 ____ года