

Согласие на сообщение сведений, составляющих врачебную тайну

В целях исполнения Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", равно как и Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» я,

(ФИО, адрес, полные паспортные данные субъекта ПД),

выражаю ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» (далее – «Страховщик», либо «Оператор персональных данных») свое безусловное согласие на обработку (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства РФ) моих персональных данных (ФИО, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номера телефонов, факсов, адреса электронной почты и иная контактная информация, информация о состоянии моего здоровья, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы и любая иная информация, относящаяся к моей личности, в том числе составляющая тайну страхования, банковскую тайну, **врачебную тайну**) для целей исполнения **договора страхования**.

Настоящее согласие даётся на любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ, в том числе передачу третьим лицам с правом обработки ими моих персональных данных, включая трансграничную передачу (в том числе **сведений, составляющих тайну страхования, врачебную тайну**).

Указанные выше лица вправе по своему усмотрению использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ.

Срок действия моего согласия распространяется на 3 года с момента окончания действия договора страхования.

да/ нет - ставя отметку в графе «да», настоящим в соответствии с **п. 3 ст. 13 ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"** я даю письменное согласие всем медицинским учреждениям, обладающим соответствующими сведениями, на сообщение сведений, составляющих врачебную тайну, представителям страховой компании ООО СК "ДЕЛО ЖИЗНИ" в целях принятия решения о выплате страховой обеспечения по договору страхования.

Подпись (расшифровка):

за Страховщика

за Застрахованного
