**Согласие на передачу персональных данных в рамках оказания медицинских услуг по договору добровольного медицинского страхования**

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

*(Ф.И.О.)*

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(кем выдан)*

в целях мониторинга оказания медицинской помощи в рамках исполнения договора добровольного медицинского страхования свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Лечебно диагностический центр «МЕДЭКСПЕРТ», зарегистрированному по адресу: 413100, г. Саратовская область,г. Энгельс, ул. Волоха, д. 15 помещение 2 (далее по тексту – ООО «ЛДЦ «МЕДЭКСПЕРТ» или Оператор) на передачу с использованием средств автоматизации или без использования таких средств следующему(-им) лицу(-ам):

* Страховой компании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(юридическое наименование, адрес регистрации, иные сведения)*

моих следующих персональных данных:

• фамилия, имя, отчество; • число, месяц, год рождения; • пол; • вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; • адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); • номер контактного телефона или сведения о других способах связи; • данные страхового полиса; • сведения о состоянии здоровья;

• \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

исключительно в моих интересах и в целях оказания мне медицинских услуг, связанных с исполнением договора добровольного медицинского страхования.

Оператор гарантирует, что передача моих личных данных осуществляется в соответствии с требований действующего законодательства Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению, направленному в адрес Оператора заказным письмом с уведомлением о вручении либо переданному лично в руки законному представителю Оператора под роспись, при этом я понимаю последствия отзыва данного согласия при исполнении условий договора добровольного медицинского страхования.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» или в иных целях, предусмотренных иным действующим законодательством.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата) (подпись) (расшифровка)*