



Согласие на обработку персональных данных клиентов – физических лиц в целях исполнения договора страхования (страхового полиса)

№ _____

Я, _____
(ФИО полностью)

(далее по тексту – Пользователь), принимаю настоящее Согласие на обработку персональных данных (далее – Согласие) и даю свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных лиц, в интересах которых я действую, которые указаны в договоре страхования (страховом полисе) в качестве застрахованных лиц (далее по тексту – Третьи лица).

Я подтверждаю, что действую свободно, выражаю свою волю и волю Третьих лиц с их согласия, а также подтверждаю свою дееспособность.

Я даю свое согласие АО «ЕРВ Туристическое Страхование» (ИНН 7706628777), зарегистрированному по адресу Российская Федерация, 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8, офис С14-01, на обработку своих персональных данных и персональных данных Третьих лиц со следующими условиями:

1. Оператор - АО «ЕРВ Туристическое Страхование» осуществляет обработку моих персональных данных и персональных данных Третьих лиц в целях: осуществления страховой деятельности, включающей в том числе заключение страховых договоров, ведение перечней указанных лиц, урегулирование страховых случаев (включая проверку объемов и сроков оказания медицинских услуг), осуществление выплат при наступлении страховых случаев, администрирование договора страхования (страхового полиса), сбор статистической информации и ее анализа и т.д.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:
 - Фамилия, имя, отчество;
 - Дата рождения;
 - Место рождения;
 - Пол;
 - Адрес электронной почты;
 - Телефон;
 - Сведения о выезде из Российской Федерации;
 - Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС);
 - Адрес регистрации по месту проживания;
 - Адрес фактического проживания
 - Сведения о документе, удостоверяющем личность;
 - Номер заграничного паспорта;
 - Реквизиты для зачисления выплат;
 - Диагноз, в том числе проверку объемов и сроков оказания медицинских услуг;
 - Сведения об оказанной медицинской помощи.
3. Я даю согласие на обработку Оператором своих персональных данных и персональных данных Третьих лиц, то есть на совершение следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, оценку рисков, заключение, исполнение, обезличивание, блокирование, уничтожение и прекращение договоров в соответствии с законодательством РФ.
4. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования (страховому полису), а также в целях его заключения передавать мои персональные данные и персональные данные Третьих лиц, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные, сервисные и другие учреждения, с которыми у Оператора имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической) и иной помощи в рамках и исполнения договора страхования

(страхового полиса), и получать от этих учреждений данные обо мне и/или Третьих лицах. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Оператором в отношении моих персональных данных и/или данных Третьих лиц.

5. Я подтверждаю, что Согласие дано в момент обращения за страховым возмещением на сайте Страховщика.

6. Я уведомлен, что настоящее Согласие действует бессрочно.

7. Я уведомлен, что могу отозвать настоящее Согласие в любой момент по соглашению сторон. Я уведомлен, что в случае неправомерного использования предоставленных данных могу отзывать Согласие по письменному заявлению.

8. Я уведомлен, что по письменному запросу имею право на получение информации, касающейся обработки моих персональных данных и персональных данных Третьих лиц (в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»).

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Я, _____,
подтверждаю, что сообщенные мною в заявлении на получение страхового возмещения сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям, в которые я обращался, и врачам, проводившим обследование и лечение, предоставить страховой компании по ее запросу необходимую информацию о состоянии моего здоровья и/или здоровья моего ребенка.

Оператором могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов согласно перечню.

дата _____

подпись _____

расшифровка подписи _____