

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных
и получение информации по каналам связи

1. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях, указанных в пункте 2 настоящего Согласия, даю свое согласие акционерному обществу «Страховая компания «Чувашия-Мед» (далее – АО «СК «Чувашия-Мед») на обработку моих персональных данных, а именно:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ дата выдачи « ____ » _____ г.

Адрес регистрации _____

Номер телефона _____

2. В целях, указанных в пункте 2 настоящего Согласия:

<p>Я выражаю согласие на получение информации:</p> <p><input type="checkbox"/> в виде смс-сообщений</p> <p><input type="checkbox"/> по телефону</p>	<p>Я отказываюсь от получения информации:</p> <p><input type="checkbox"/> в виде смс-сообщений</p> <p><input type="checkbox"/> по телефону</p>
---	--

- о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра;
- о необходимости обращения в медицинскую организацию для проведения дальнейших профилактических мероприятий в рамках II этапа профилактических мероприятий;
- о диспансерном наблюдении;
- для осуществления заочных опросов, с целью изучения мнения и т. п.

3. Я согласен(-на) с тем, что если это необходимо для реализации вышеуказанных целей, мои персональные данные могут быть переданы третьим лицам, которым АО «СК «Чувашия-Мед» может поручить обработку персональных данных на основании договора, заключенного с такими лицами, при условии соблюдения требований законодательства РФ об обеспечении такими третьими лицами конфиденциальности персональных данных и безопасности персональных данных при их обработке.

4. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете персональные данные верны, предоставлены сознательно и добровольно. Данные, указанные в анкете, соответствуют действительности и корректны.

5. Согласие дается на 5 (пять) лет с возможностью одностороннего отзыва в любое время посредством предоставления мною письменного заявления в адрес АО «СК «Чувашия» 428000, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Кооперативная, д. 6.

Дата: « _____ » _____ 201__ г.

_____ (подпись)

_____ (ФИО застрахованного)