В АО “СОГАЗ”

от

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

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

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Настоящим выражаю свое согласие на обработку АО «СОГАЗ» (включая все действия, перечисленные в ст.З Федерального Закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных») моих персональных данных, в том числе, фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, семейного, социального, имущественного положения, образования, профессии, доходов, другой информации, указанных в заявлении и иных документах, используемых АО «СОГАЗ» для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью соблюдения АО «СОГАЗ» требований, установленных действующим законодательством, в том числе для надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания услуг, в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по договору страхования, его администрирования, а так же в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Страховщик имеет право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в учреждения, предусмотренные договором, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящим разрешаю АО «СОГАЗ» запрашивать любую дополнительную информацию в любых учреждениях и компетентных органах, имеющую отношение к целям, в соответствии с которыми обрабатываются мои персональные данные.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания/досрочного прекращения договора страхования.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме посредством направления уведомления в адрес АО «СОГАЗ».

Подпись: Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_