

Дополнительное согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя для осуществления страхования от несчастных случаев и болезней, страхования жизни, добровольного медицинского и пенсионного страхования по всем договорам, заключенным с ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее по тексту Согласие).

Я,

_____ (Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: « _____ » _____ 20 _____ г.

Пол: мужской женский

Гражданство: _____

Место рождения: _____

Документ, удостоверяющий личность: Серия _____ № _____

Выдан _____

_____ дата _____ к/п _____,

даю свое согласие ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» расположенному по адресу: 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9 (далее – Страховщик) и иным указанным в настоящем Согласии лицам на обработку моих персональных данных (в т.ч. разрешенных для распространения), на условиях, изложенных в настоящем Согласии, и гарантирую наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с Договором страхования): персональные данные, указанные в Договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с Договором страхования, а также полученные Страховщиком, его партнёрами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья, полученные от медицинских работников, медицинских экспертов и медицинских организаций; иные сведения).

Под обработкой персональных данных понимают: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ).

Обязуюсь по требованию Страховщика в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка). Целями предоставления мною персональных данных является заключение и исполнение договора страхования, а также: формирование рекламных предложений услуг Страховщика и его аффилированных лиц; продвижение услуг Страховщика и его аффилированных лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определение размера убытков или ущерба; тестирование программного обеспечения; кредитный скоринг; направление рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком и его аффилированными лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком и его аффилированными лицами; статистика; продление Договора страхования; проведение анализа и оценки страховых рисков; обновление или дополнение персональных данных любыми сведениями из любых источников; совершенствование процесса оказания услуг Страховщиком и его аффилированными лицами.

Подтверждаю свое согласие на получение рекламы услуг Страховщика и его аффилированных лиц (включая указанных выше в настоящем пункте), в т.ч. по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных, правоохранительным органам, медицинским учреждениям и другим предприятиям и организациям, располагающим информацией об обстоятельствах страхового случая,

а также на получение от указанных учреждений Страховщиком моих персональных данных (в т.ч. сведений, составляющих медицинскую тайну), поданных мной в настоящем Договоре, согласно ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для осуществления страхования, в т.ч. в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора.

Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам (в т.ч. СПАО «Ингосстрах» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Суцневская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику и аффилированным лицам Страховщика маркетинговые услуги (в т.ч. услуги рекламораспространителя), ИТ-услуги, иные услуги (перечень третьих лиц Страховщика указан на сайте Страховщика www.lifeingos.ru). Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, API или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Я уведомлен, что перечень юридических лиц, которым Страховщик вправе передавать мои персональные данные, может быть изменен.

Я уведомлен, что актуальный перечень юридических лиц, работающих по поручению Страховщика с моими персональными данными, расположен по адресу: www.lifeingos.ru.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует 15 (Пятнадцать) лет с даты прекращения Договора.

Разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни Застрахованного, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь», в т.ч. информацию и документацию, составляющую врачебную тайну. При этом работники данных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Настоящее согласие дано в момент подписания Договора страхования и действует 15 (Пятнадцать) лет с даты прекращения Договора.

Вышеуказанные согласия могут быть отозваны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Я, Застрахованный (его законный представитель), подтверждаю свое согласие с назначением Выгодоприобретателя(-ей) на случай смерти Застрахованного по Договору.

СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (нужное подчеркнуть)	
<hr/>	
<i>(ФИО полностью)</i>	
<hr/>	<hr/>
<i>(подпись)</i>	<i>(дата)</i>