

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ  
РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДСТРАХОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ  
ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

Я, \_\_\_\_\_,  
Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
вид документа, № Серия документа

\_\_\_\_\_ ,  
когда и кем выдан

даю согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»**, адрес места нахождения: **129226, г. Москва, проспект Мира, д. 211, корп. 2**, на обработку моих персональных данных (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, предоставление доступа (в том числе передачу факта моего обращения и полученных результатов оказанных медицинских услуг), обезличивание, блокирование, уничтожение, любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации) всех своих персональных данных (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), обработка которых необходима для достижения целей, указанных в настоящем согласии, а именно в целях заключения и исполнения договора страхования с

\_\_\_\_\_ ,  
страховая компания: полное наименование и адрес

именуемым в дальнейшем Страховщик. Согласие дается Страховщику, а также юридическому лицу

\_\_\_\_\_ ,  
наименование и адрес местонахождения юридического лица, участвующего в организации оказания медицинских услуг; или отметка «Не привлекалось»

с которым у Страховщика заключен договор гражданско-правового характера, которое в связи с исполнением договора со Страховщиком обрабатывает мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну;  
Согласие дается на весь срок моей жизни и может быть отозвано мной в любой момент времени, после окончания действия договора страхования путем передачи Страховщику подписанного мной уведомления.

\_\_\_\_\_  
(полностью Фамилия, Имя, Отчество; подпись, дата)