

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(-аяся) _____

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку АО «ГМСК «Заполярье» (далее – Оператор) моих (представляемого мною гражданина) персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; место рождения; адрес и дату регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; серию, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность; номер пенсионного страхового свидетельства (СНИЛС); телефон; адрес электронной почты; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования – в целях оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС. Я согласен (согласна) получать информационные сообщения на указанный мной номер телефона и/или адрес электронной почты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными с территориальным фондом ОМС и другими субъектами ОМС (в том числе медицинскими организациями) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной

и действует бессрочно.

(число, месяц, год)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Подпись: _____

(расшифровка подписи)

Дата:

Перечень документов к заявлению

К заполненному заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации необходимо приложить следующие документы или их заверенные копии.

Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ: свидетельство о рождении; документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; СНИЛС (при наличии).

Для граждан РФ в возрасте четырнадцати лет и старше: документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта); СНИЛС (при наличии).

Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»: удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство предоставления временного убежища на территории РФ.

Для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ: паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина; вид на жительство; СНИЛС (при наличии).

Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ: документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; вид на жительство; СНИЛС (при наличии).

Для иностранных граждан, временно проживающих в РФ: паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ; СНИЛС (при наличии).

Для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ: документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ; либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность; СНИЛС (при наличии).

Для представителя застрахованного лица: документ, удостоверяющий личность; доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса РФ.

Для законного представителя застрахованного лица: документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

Для лиц без определенного места жительства и занятий (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, учреждениями социальной помощи представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица, содержащее: сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания); сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать); наименование территориального фонда.

Для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее: предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания); сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать); наименование территориального фонда.