Согласие родственника работника

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – «Родственник работника»),

 (фамилия, имя, отчество)

свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю согласие Акционерному обществу «Каспийский Трубопроводный Консорциум-К», расположенному по адресу **060700,** Республика Казахстан, Атырауская область, Махамбетский район**, сельский округ Бейбарыс, село Аккайын, улица 1, здание 24** (далее – КТК) на обработку моих персональных данных (далее – «ПДн»), а именно совершение действий, предусмотренных частью 12 статьи 1 Закона Республики Казахстан от 21 мая 2013 года № 94-V «О персональных данных и их защите» на указанных ниже условиях.

Согласие на обработку предоставляется КТК в отношении следующих ПДн Родственника работника:

фамилия, имя, отчество;

контактные данные;

данные документа, удостоверяющего личность;

данные о составе семьи;

демографические данные.

Согласие на обработку предоставляется КТК в отношении следующих действий с ПДн Родственника работника, осуществляемых, с использованием автоматизированной обработки, неавтоматизированной обработки (без использования средств автоматизации) и смешанного способа обработки ПДн:

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Согласие на обработку предоставляется КТК для обработки ПДн Родственника работника в следующих целях:

с целью заключения, изменения, расторжения договоров добровольного медицинского страхования родственников работников.

Принятие решений, затрагивающих интересы Родственника работника, на основании исключительно автоматизированной обработки ПДн в КТК не производится.

По поручению КТК обработка ПДн Родственника работника может быть поручена и (или) ПДн Родственника работника могут быть переданы в любой форме и любым способом следующим лицам:

Компаниям, осуществляющим страхование по программе добровольного медицинского страхования;

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме в том числе путем направления в адрес КТК сообщения по почте.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.