

OŚWIADCZENIE



Ja, niżej podpisana/y

Imię i Nazwisko Poszkodowanego

PESEL

1. Zgadzam się na przetwarzanie przez PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.*

Tak

Nie**

2. W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielenia PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia. Zgadzam się na przetwarzanie przez PZU Życie SA otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych, w wyżej wymienionych celach.*

Tak

Nie**

3. Zgadzam się na wzajemne udostępnianie przez PZU Życie SA i PZU SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu obsługi roszczeń zgłoszonych z umowy ubezpieczenia zawartej w PZU Życie SA.*

Tak

Nie

4. Niniejsze oświadczenia oraz dane osobowe podaję dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie

Administratorem podanych danych będzie PZU Życie SA. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo dostępu do treści i poprawiania swoich danych osobowych.

Podane dane będą przetwarzane w celach usługowych.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia z umowy ubezpieczenia.

* Wstawić znak X we właściwy

** Informujemy, że brak zgody może uniemożliwić PZU Życie SA rozpatrzenie wniesionych roszczeń.