

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.