

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu mojego zdrowia przez PZU SA w celu podjęcia działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń zdrowotnych z objętego umową ubezpieczenia PZU Wojażer, ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży, nr polisy zawartą z PZU SA.

Przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne z objętego umową ubezpieczenia PZU Wojażer, ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży, nr polisy zawartą z PZU SA realizowane są przez PZU Zdrowie SA w placówkach medycznych własnych PZU Zdrowie SA lub placówkach medycznych współpracujących z PZU Zdrowie SA.

Wobec powyższego wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Zdrowie SA działającą w imieniu PZU SA moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego zdrowia, placówkom własnym PZU Zdrowie SA lub placówkom medycznym współpracującym z PZU Zdrowie SA, w celu realizacji świadczeń zdrowotnych z objętego umową ubezpieczenia PZU Wojażer, ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży, nr polisy zawartą z PZU SA.

- -

Data

Podpis ubezpieczonego

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody

Upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielania PZU SA informacji, o których mowa w art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2017.1170 t.j. z późn. zm.). Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić moje prawo do świadczenia z objętego umową ubezpieczenia PZU Wojażer, ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży, nr polisy zawartą z PZU SA. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych przez PZU SA danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w wyżej wymienionym celu.

- -

Data

Podpis ubezpieczonego