

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody:

Numer umowy ubezpieczenia:

Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA, informacji o moim stanie zdrowia, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia.

Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA, nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu mojego zdrowia przez PZU Życie SA w celu podjęcia działań związanych z organizacją i realizacją usług medycznych z ubezpieczenia na wypadek urazu ortopedycznego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – usługi medyczne (dalej: „umowa ubezpieczenia”). Przyjmuję do wiadomości, że usługi medyczne objęte umową ubezpieczenia zawartą z PZU Życie SA realizowane są przez PZU Zdrowie SA w placówkach medycznych własnych PZU Zdrowie SA lub placówkach medycznych współpracujących z PZU Zdrowie SA.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU Życie SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.**

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

Wobec powyższego wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Zdrowie SA działającą w imieniu PZU Życie SA moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, placówkom własnym PZU Zdrowie SA lub placówkom medycznym współpracującym z PZU Zdrowie SA, w celu realizacji usług medycznych z umowy ubezpieczenia.

□□ - □□ - □□□□

Data

\_\_\_\_\_

Podpis ubezpieczonego