

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu realizacji świadczeń zdrowotnych z umowy ubezpieczenia zawartej z PZU SA w dniu potwierdzonej polisą nr danych osobowych dotyczących mojego zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA, a także przekazanych PZU SA przez podmioty lecznicze lub lekarzy, w związku z powyższą umową ubezpieczenia.

Powyższa zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

D D - M M - R R R R

Data

Podpis ubezpieczonego

Przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne przysługujące z umowy ubezpieczenia zawartej z PZU SA w dniu potwierdzonej polisą nr, realizowane są przez PZU Zdrowie SA lub przez podmioty lecznicze współpracujące z PZU Zdrowie SA.

D D - M M - R R R R

Data

Podpis ubezpieczonego

D D - M M -

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody

Upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielania PZU SA na podstawie 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.) informacji o moim stanie zdrowia obejmujących:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
 - 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
 - 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Powyższe upoważnienie jest potrzebne, aby ustalić moje prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia zawartej z PZU w dniu potwierdzonej polisą nr Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych przez PZU SA danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w wyżej wymienionym celu.

- -

Data

Podpis ubezpieczonego