

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO KONIECZNE
DO ORGANIZACJI PLANOWEJ OPERACJI CHIRURGICZNEJ**



Ja, niżej podpisany/-a

Imię i nazwisko

 - -

PESEL

Data urodzenia (uzupełnij,
jeśli nie posiadasz numeru
PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Treść zgody dla PZU Życie SA:

Zgadzam się, aby PZU Życie SA udostępniło PZU Zdrowie SA oraz podmiotom leczniczym, które współpracują z PZU Zdrowie SA, skierowanie na operację lub inny dokument potwierdzający wskazania do operacji, w celu umówienia konsultacji kwalifikującej do operacji i jej wykonania oraz aby PZU Życie SA otrzymywało od PZU Zdrowie SA informacje dotyczące mojego zdrowia uzyskane od podmiotów leczniczych, które współpracują z PZU Zdrowie SA, niezbędne do realizacji świadczenia ubezpieczeniowego.

Treść zgody dla PZU Zdrowie SA:

Zgadzam się, aby podmioty lecznicze współpracujące z PZU Zdrowie SA udostępniły PZU Zdrowie SA moją dokumentację medyczną dotyczącą organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych w celu potwierdzenia wykonania operacji.

Zgody te są dobrowolne, lecz konieczne, aby zrealizować świadczenie.

Klauzula informacyjna:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie SA z siedzibą w Warszawie (00-843) przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4. Dane będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, przenoszenia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (w stosownych przypadkach) oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdziesz na stronie internetowej: www.zdrowie.pzu.pl oraz otrzymasz w naszych placówkach.

 - -

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie