

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody:  
Numer dokumentu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia .....  
..... nr ..... moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia  
przekazanych PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA  
przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.  
Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

Przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne z objętego umową ubezpieczenia .....,  
..... nr ..... 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  
....., ..... nr ..... zawartą z PZU SA.

-   -      
Data

Podpis ubezpieczonego

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO



Numer szkody:  
Numer dokumentu:

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 .....,  
..... nr ..... 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