

Oświadczenie



Ja, niżej podpisana/y

Imię i Nazwisko Poszkodowanego

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie 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.*

Miejscowość

 - -

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie

* Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

Oświadczenie



Ja, niżej podpisana/y

Imię i Nazwisko Przedstawiciela ustawowego

PESEL

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym Poszkodowanej/go.

Imię i nazwisko Poszkodowanego

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia danych osobowych dotyczących stanu zdrowia wymienionej wyżej osoby Poszkodowanej, przekazanych przeze mnie 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.*

Miejscowość

 - -

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie

* Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.