

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

miejsowość, data

adres

OŚWIADCZENIE WSPÓŁCZESTNIKA/OSOBY BLISKIEJ

Niniejszym składam poniższe oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. moich danych osobowych podanych w związku ze złożeniem wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Upoważniam TU Europa S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
3. Upoważniam TU Europa S.A. do pozyskania od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

czytelny podpis składającego oświadczenie

Ubezpieczyciel informuje, że:

- 1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.
- 2) dane osobowe przetwarzane będą w związku z prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym w zakresie realizacji umowy ubezpieczenia,
- 3) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania,
- 4) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w zakresie realizacji umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

