Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y _____ _____

Imię i Nazwisko Poszkodowanego PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, przekazanych przeze mnie PZU Życie SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

_____ __ - __ - ____ _____

Miejscowość Data Podpis osoby składającej oświadczenie