

**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.