

ZGODA NA POZYSKANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBY BLISKIEJ

Nr szkody _____ / _____ / _____	Z dnia (DD-MM-RRRR) ____:____:____
Imię i nazwisko składającego oświadczenie	

OŚWIADCZENIE

W związku z zaistniałą szkodą osobową w następstwie której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dalej STU ERGO Hestia) ja niżej podpisany/podpisana:

- Oświadczam, że jestem osobą bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 poz. 849 z późn. zm.) Pana/Pani
..... (imię, nazwisko, PESEL), zwanego dalej Pacjentem.
- Oświadczam, że nie toczy się postępowanie, o którym mowa w art. 26 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. postępowanie w przedmiocie wyrażenia przez sąd zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta w przypadku sporu między osobami bliskimi o to udostępnienie.
- Udzielam STU ERGO Hestia pełnomocnictwa do działania w moim imieniu i na moją rzecz w zakresie pozyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystał Pacjent wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej Pacjenta, a także wszelkich informacji o stanie zdrowia Pacjenta, które mogą mieć wpływ na ustalenie praw do świadczeń lub wysokości świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w szczególności z tytułu prowadzenia działalności leczniczej. Wyrażam zgodę na zasięganie przez STU ERGO Hestia informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali Pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej.
- Powyższe oświadczenia składam w związku z dyspozycją art. 38 oraz art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2020 poz. 895 z późn. zm.), a także mając na uwadze treść art. 26 ust. 2-2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 poz. 849 z późn. zm.) i wnoszę o włączenie dokumentacji medycznej oraz wszelkich informacji dotyczących Pacjenta pozyskanych na podstawie pełnomocnictwa udzielonego w pkt 3 powyżej do postępowania o wypłatę świadczenia.

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR) ____:____:____	Podpis składającego oświadczenie
-------------	-------------------------------------	----------------------------------

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pani/ Pana danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Przysługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.