

dane Ubezpieczonego

imię i nazwisko _____
PESEL _____ rok urodzenia _____
nr Klienta ENERGA _____
nr deklaracji / umowy _____
kompleksowej _____

adres korespondencyjny

ulica _____ numer domu _____ numer lokalu _____
miejscowość _____ kod pocztowy _____ poczta _____

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO:

1. Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na objęcie ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym „Umową Generalną Ubezpieczenia Grupowego „POGROMCA RACHUNKÓW” dla Klientów ENERGA-OBRÓT SA Nr CAUG/003/15/BWZB” (dalej: „Umowa”) zawartą przez ENERGA-OBRÓT SA (dalej: „Ubezpieczający”) z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń Ergo Hestia SA (dalej: „Ubezpieczyciel”) zgodnie z doręczonymi mi „Warunkami ubezpieczenia „POGROMCA RACHUNKÓW” dla Klientów ENERGA-OBRÓT SA (kod: ENERGA-BP 01/16)” (dalej „WU”).
2. Potwierdzam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i podpisaniem Deklaracji, doręczono mi tekst WU, określających zasady, na jakich udzielana mi będzie ochrona ubezpieczeniowa, w tym zakres udzielanej mi ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości świadczeń ubezpieczeniowych i zasady ich wypłat, oraz potwierdzam, że akceptuję te warunki ubezpieczenia.
3. Wyrażam zgodę, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust 8 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1844) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia,
4. Na podstawie art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.) w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 do zasięgnięcia (również po mojej śmierci), w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, od każdego z podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, który udziela mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarstwa, położnych) informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, zakres informacji obejmuje informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci,
5. Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 roku Nr 101, poz. 926 ze zm.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, jest administratorem moich danych osobowych, które będą przetwarzane przez tego Ubezpieczyciela w celu wywiązania się z umów ubezpieczenia zawartych przez ENERGA-OBRÓT SA na mój rachunek.
6. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, iż przekazanie danych osobowych jest niezbędne do przystąpienia do niniejszego ubezpieczenia.
7. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie zobowiązuję się do informowania ENERGA-OBRÓT SA i Ubezpieczyciela o zachodzących zmianach odnośnie moich danych osobowych.

UBEZPIECZONY

czytelny podpis Ubezpieczonego i data