

**ZGODA NA POZYSKANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

|                                           |                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Nr szkody<br><br>_____ / _____ / _____    | Z dnia (DD-MM-RRRR)<br><br>____ : ____ : _____ |
| Imię i nazwisko składającego oświadczenie | PESEL<br><br>_____                             |

**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:

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na pozyskanie przez STU ERGO Hestia od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem i korzystam, wszelkiej dokumentacji medycznej, a także wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczeń lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia oraz na przetwarzanie tych danych. Wyrażam zgodę na zasięganie przez STU ERGO Hestia informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Powyższe oświadczenie składałam w związku z dyspozycją zawartą w art. 38 ust 1 i 2 oraz art. 40 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2017 poz. 1170), a także mając na uwadze treść przepisu art. 9 ust. 3 w związku z art. 14 ust. 2 pkt. 3 oraz art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.poz.1318).
3. Ponadto, zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2017 poz. 1170), niniejszym wyrażam zgodę na pozyskanie przez STU ERGO Hestia SA od organów i instytucji, w tym od Powiatowych Urzędów Pracy i Urzędów Skarbowych, informacji, które mogą mieć wpływ na ustalenie wysokości odszkodowania lub świadczenia.

|             |                                |                                  |
|-------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR)<br><br>_____ | 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](http://www.ergohestia.pl), pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl). Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na [www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie](http://www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie) oraz pod numerem telefonu 800 201 503.