

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Ja, niżej podpisany/podpisana**

Imię (imiona)	Nazwisko
Nr PESEL	Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania	
jeśli udzielasz upoważnienia w imieniu Twojego dziecka wpisz w tym miejscu jego dane (imię, nazwisko, PESEL, datę urodzenia)	

upoważniam wskazaną poniżej osobę:

Imię (imiona)	Nazwisko
Nr PESEL	Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania	

do uzyskiwania od Sopockiego Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia”) wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia uzyskanych przez ERGO Hestia w związku z oceną poziomu ryzyka ubezpieczeniowego poprzedzającą zawarcie umowy Ubezpieczenia na życie ERGO 4, w tym danych:

- 1) zawartych we wniosku o ubezpieczenie na życie oraz przekazanej przeze mnie dokumentacji medycznej;
- 2) wynikających z badań lekarskich wykonanych na zlecenie ERGO Hestii.

Niniejsze upoważnienie może zostać odwołane w każdym czasie na wniosek Upoważniającego.

Podpis	Miejscowość	Data (DD-MM-RRRR) _: _: _: _
--------	-------------	---------------------------------