

## Oświadczenie



Ja, niżej podpisana/y

Imię i Nazwisko Przedstawiciela ustawowego

PESEL

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym Poszkodowanej/go.

Imię i nazwisko Poszkodowanego

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia danych osobowych dotyczących stanu zdrowia wymienionej wyżej osoby Poszkodowanej, 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.