



## Oświadczenia Ubezpieczonego

1. Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowego roszczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail podany w niniejszym zgłoszeniu. Mam świadomość, że w każdej chwili mogę zażądać przesyłania korespondencji w formie pisemnej.
3. Wyrażam zgodę na przesyłanie poprzez SMS na wskazany w niniejszym zgłoszeniu nr telefonu informacji o przyznaniu świadczenia.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną przez Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. dostępnym na stronie internetowej [www.ubezpieczeniapocztowe.pl](http://www.ubezpieczeniapocztowe.pl)
5. Upoważniam lekarzy, szpitale oraz inne placówki opieki zdrowotnej do udzielenia Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. w celu ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości lub przyczyny mojej śmierci - informacji o moim stanie zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego (w tym wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wyników oraz innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań) oraz wyników przeprowadzonych konsultacji. Wyrażam zgodę na udostępnienie w powyższym zakresie Pocztowemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. dokumentacji medycznej przez podmioty udzielające mi świadczeń zdrowotnych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zgodę na udostępnienie powyższych informacji i dokumentacji po mojej śmierci, w tym również o wynikach sekcji zwłok, jeśli zostanie przeprowadzona.
6. Upoważniam Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do wystąpienia z żądaniem do innych zakładów ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia i jego wysokości.
7.  \* Upoważniam Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do wystąpienia z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia o udostępnienie danych przetwarzanych w systemach Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także przyczyny mojej śmierci.
8. Jestem świadoma/y, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, administratorem moich danych osobowych podanych w niniejszym zgłoszeniu będzie Pocztove Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (adres: ul. Domaniewska 50A, 02-672 Warszawa), a moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Podanie przeze mnie wskazanych w niniejszym zgłoszeniu danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

31. Miejscowość

32. Data

33. Podpis Ubezpieczonego

\* w przypadku wyrażenia zgody prosimy o wpisanie znaku „X”