

Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo Consent to the processing of personal data

Data / Date

Poliso Nr. / Policy No.

Sutinku, jog ERGO Insurance SE Lietuvos filialas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų su sveikata susijusius mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios))

(nukentėjusiojo vardas, pavardė)

(asmens kodas)

asmens duomenis dėl žalos administravimo bei draudimo išmokos dydžio nustatymo ir kad šiais tikslais mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios)) asmens duomenys būtų teikiami ir / ar gaunami iš tų Lietuvoje ar užsienyje esančių gydymo ir slaugos įstaigų, kuriose aš (mano vaikas / atstovaujamas (-oji)) buvau ar būsiu gydomas (-a) ir / ar slaugomas (-a), taip pat iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (Sodros), teritorinių ligonių kasų, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, perdraudikų bei kitų trečiųjų asmenų, galinčių padėti įvertinti žalos dydį / įvykio priežastis, gydymosi perspektyvą / rekomendacijas ar turinčių su įvykiu susijusios informacijos.

Sutinku

Nesutinku

Nukentėjusiojo arba įstatyminio atstovo vardas, pavardė

Parašas

Patvirtinu, jog esu informuotas (-a), kad šis mano sutikimas galios visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį, o draudimo sutarčiai pasibaigus – kol bus įvykdyti visi draudimo sutarties įsipareigojimai, arba iki šio sutikimo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba el. paštu info@ergo.lt.

Esu informuotas (-a), kad turiu teisę nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu, atšaukti šį sutikimą, susipažinti su savo asmens duomenimis, prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų, į duomenų perkeliamumą, pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Tais atvejais, kai nukentėjęs asmuo yra jaunesnis nei 18 metų, sutikimą pildo jo įstatyminis atstovas.

I hereby consent to ERGO Insurance SE Lithuanian branch and / or its authorized third persons processing my (my child's / representative's) health-related personal data for purposes of claims handling and determination of the insurance benefit amount, and the provision and/ or receipt of my (my child's / representative's) personal data to/ from treatment and nursing institutions in Lithuania or abroad, where I (my child / representative) was or will be treated and/or cared for, also from The State Social Insurance Fund Board (Sodra), territorial health insurance funds, disability and working capacity assessment office, reinsurers and other third parties capable of helping to assess loss amount/ reasons of the event, treatment perspective / recommendations or having event-related information.

I agree

I disagree

Name, surname of the victim or his / her legal representative

Signature

I confirm that I have been informed that my consent shall be valid throughout the entire validity period of the insurance contract, and after the expiry of the insurance contract - till the fulfilment of all contractual obligations assumed under the insurance contract, or till the withdrawal of this consent by contacting the insurance company's customer service department or sending an e-mail to info@ergo.lt

I have been informed that I have the right to disagree with the processing of my personal data, to withdraw this consent, to access my personal data, to ask to correct, erase or restrict them, also, the right to data portability or to file a complaint with the State Data Protection Inspectorate.

In cases where a victim is younger than 18 years of age, his / her legal representative shall complete the consent.

Parašas / Signature