

Sutikimas dėl informacijos teikimo

Data

Sutinku, kad ERGO Insurance SE Lietuvos filialas ir / ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų su sveikata susijusius mano (mano vaiko / globotinio (-ės))

(nukentėjusiojo (-sios) vardas, pavardė)

asmens duomenis dėl žalos administravimo bei draudimo išmokos dydžio nustatymo ir kad šiais tikslais mano (mano vaiko / globotinio (-ės)) asmens duomenys būtų teikiami ir / ar gaunami iš tų Lietuvoje ar užsienyje esančių gydymo ir slaugos įstaigų, kuriose aš (mano vaikas / globotinis (-ė)) buvau ar būsiu gydomas (-a) ir / ar slaugomas (-a), taip pat iš Sodros įstaigų, teritorinių ligonių kasų, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybų, perdraudikų bei kitų asmenų, galinčių įvertinti žalos dydį / įvykio priežastis ar turinčių su įvykiu susijusios informacijos.

Sutinku Nesutinku

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.

Man yra žinoma, kad nurodžius neteisingus duomenis arba nuslėpus informaciją, turinčią įtakos draudžiamojo įvykio aplinkybėms išsiaiškinti, draudikas įgyja teisę mažinti draudimo išmoką arba iš viso atsisakyti ją mokėti.

Esu informuotas, 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 dėl informacijos teikimo pildo tėvai / globėjai.

Vardas, pavardė

Asmens kodas

Adresas

Telefonas

Draudimo liudijimo Nr.

Parašas