





## Oświadczenia

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Udzieliłem/am zgodnie z prawdą, wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.
2. W związku ze szkodą zaistniałą w dniu \_\_\_\_\_, w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA w zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących stanu zdrowia poszkodowanego oraz weryfikacji podanych przeze mnie danych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na temat poszkodowanego innym zakładom ubezpieczeń. Powyższe oświadczenie składam w związku z dyspozycją art. 38 ust. 6 i 8 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności i ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 poz. 1844), art. 26 ust.3 pkt.7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2012 poz. 159 ze zm.) art. 27 ust 2 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.).
3. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych poszkodowanego oraz moich przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4b, 00-189 Warszawa oraz na przekazywanie ich podmiotom współpracującym z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych SA, w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji zgłoszonej szkody. Jednocześnie informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się o świadczenie z umowy ubezpieczenia.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących zgłoszonego przeze mnie wniosku o wypłatę w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis opiekuna prawnego poszkodowanego: \_\_\_\_\_