

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
miejscowość, data

.....  
identyfikator

.....  
jednostka organizacyjna

.....  
telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz danych szczególnie wrażliwych, zawartych w dokumentacji medycznej przez członków Wojewódzkiej/Centralnej Komisji ds. Funduszu Prewencyjnego PZU oraz uprawnione organy kontrolne dla potrzeb niezbędnych do otrzymania pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych – zwane dalej RODO).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie PZU Życie S.A. danych osobowych, w tym danych szczególnie wrażliwych, zawartych w dokumentacji medycznej dołączonej do wniosku o pomoc finansową z Funduszu Prewencyjnego PZU na potrzeby realizacji procedury związanej z uzyskaniem świadczenia-zgodnie z przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
(data, czytelny podpis)