

Согласие на обработку персональных данных

Дата

Договор стр. / Стр. свидетельство №

Я согласен (-а) с тем, чтобы ERGO Life Insurance SE и/или уполн. трети лица обрабатывали связанные с моим здоровьем (здоровьем моего ребенка / представляемого (-ой))

(имя, фамилия пострадавшего)

(личный код / дата рождения)

персональные данные в связи с администрированием ущерба и определением размера страховой выплаты, и с тем, чтобы с этой целью мои персональные данные (персональные данные моего ребенка / представляемого (-ой)) предоставлялись и/или получались из тех медицинских учреждений и учреждений ухода в Литве и за рубежом, в которых я (мой ребенок / представляемый (-ая)) получал (-а) или буду (-ет) получать лечение и/или уход, а также от Правления Государственного фонда социального страхования (Содры), территориальных больничных касс, Службы по установлению недуга и трудоспособности, от перестраховщиков и других третьих лиц, которые могут помочь оценить размер ущерба / причины случая или которые располагают относящейся к случаю информацией.

Подтверждаю, что мне известно о том, что мое согласие действительно в течение всего срока действия договора страхования, а после окончания срока действия договора страхования – до тех пор, пока все обязательства по договору страхования не будут выполнены, или до отмены согласия в отделе обслуживания клиентов страховой компании или по эл. почте info@ergo.lt.

Мне известно, что я имею право не соглашаться с обработкой моих персональных данных, отменить это согласие, ознакомиться с моими персональными данными, просить их исправить, удалить или ограничить, право на переносимость данных, право подать жалобу в Государственную инспекцию по защите данных.

В случаях, когда пострадавший не достиг 18-летнего возраста, согласие заполняется его законным представителем.

Имя, фамилия пострадавшего или, если он несовершеннолетний, его законного представителя

Подпись