

.....  
/Imię i nazwisko poszkodowanego, chorego/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/dowód osobisty/

## O ŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, ..... wyrażam zgodę na występowanie przez TUnŻ WARTA SA do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych o udzielenie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia i udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z moim leczeniem, w celu i zakresie potrzebnym dla realizacji umowy/umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wcześniej złożonej/złożonych deklaracji/wniosków, której/których uzupełnienie stanowi niniejsze oświadczenie (w tym ustalenie prawa do świadczenia i jego wysokości).

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUnŻ WARTA SA danych o stanie zdrowia oraz nałogach w zakresie niezbędnym do celów związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia oraz przekazywanie tych danych podmiotom prowadzącym działalność reasekuracyjną na rzecz TUnŻ WARTA SA, w tym przekazywanie danych za granicę.

.....  
/podpis poszkodowanego, chorego, składającego  
oświadczenie/