

Oświadczenie do Deklaracji Uczestnictwa/Zmiany

Dane Ubezpieczającego:

Nazwa: Stowarzyszenie Ubezpieczonych

Adres: Borowska 246b/2

REGON: 021989575

NIP: 8992738947

Dane Ubezpieczonego:

Imię

Nazwisko

PESEL

Oświadczam, na dowód czego składam poniżej własnoręczny podpis, że:

1. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez osobę upoważnioną przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87 (zwane dalej TUnŻ „WARTA” S.A.) od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z którego porad i usług korzystałem informacji o moim stanie zdrowia, które mogą mieć wpływ na ustalenie moich praw do świadczenia lub wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, a także informacji zgromadzonych i przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powyższe oświadczenie składam w celu umożliwienia TUnŻ „WARTA” S.A. realizacji uprawnień wynikających z dyspozycji art. 38 ust. 1 i 8 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844.), art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 06 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 186).

2. Przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią warunków umowy, na podstawie których zostanie zawarta umowa na mój rachunek.

Czytelny podpis Ubezpieczonego