

Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo žalos administravimo tikslu

Draudimo sutarties / liudijimo Nr.

Sutinku, jog ERGO Life Insurance SE ir / ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų su sveikata susijusius mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios))

Nukentėjusiojo vardas, pavardė

Asmens kodas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

asmens duomenis dėl žalos administravimo bei draudimo išmokos dydžio nustatymo ir kad šiais tikslais mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios)) asmens duomenys būtų teikiami ir / ar gaunami iš tų Lietuvoje ar užsienyje esančių gydymo ir slaugos įstaigų, kuriose aš (mano vaikas / atstovaujamasis (-oji)) buvau ar būsiu gydomas (-a) ir / ar slaugomas (-a), taip pat iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (Sodros), teritorinių ligonių kasų, asmens su negalia teisių apsaugos agentūros, perdraudikų bei kitų trečiųjų asmenų, galinčių padėti įvertinti žalos dydį / įvykio priežastis ar turinčių su įvykiu susijusios informacijos.

Patvirtinu, jog esu informuotas (-a), kad šis mano sutikimas galios visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį, o draudimo sutarčiai pasibaigus – kol bus įvykdyti visi draudimo sutarties įsipareigojimai, arba iki šio sutikimo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba el. paštu info@ergo.lt.

Esu informuotas (-a), kad turiu teisę nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu, atšaukti šį sutikimą, susipažinti su savo asmens duomenimis, prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų, į duomenų perkeliamumą, pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Tais atvejais, kai nukentėjęs asmuo yra jaunesnis nei 18 metų, sutikimą pildo jo įstatyminis atstovas.

Data

--	--	--	--	--

--	--	--

--	--	--

Nukentėjusiojo arba jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo
vardas, pavardė

Parašas