



ZGODY I OŚWIADCZENIA PARTNERA ŻYCIOWEGO LUB MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA*

1. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum – na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz moją, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprosowanie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia i wypłatę świadczenia.
3. Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum (na jej wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

* Wymagane tylko, jeżeli zgłaszane zdarzenie dotyczy Partnera Życiowego lub Małżonka Ubezpieczonego lub Pełnoletniego Dziecka

Data i czytelny podpis Partnera Życiowego/Małżonka/Pełnoletniego Dziecka

