



**ZAŁĄCZNIKI**

1. ....	2. ....
3. ....	4. ....

**PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE**

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis
.....	..... [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]	

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, obejmujących dane osobowe ujęte w niniejszym dokumencie. Pana/Pani dane osobowe będą przez nas przetwarzane w celu wykonania czynności ubezpieczeniowych, związanych z rozpatrywaniem roszczenia, w sytuacji kiedy został(a) Pan/Pani wskazany(a) jako Uprawniony(a) do świadczenia ubezpieczeniowego oraz ewentualnie innych prawnie usprawiedliwionych celach, w tym dla potrzeb marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

