

2. Potwierdzenie ubezpieczenia w PZU wnioskodawcy / członków rodziny wnioskodawcy
(data przystąpienia do Programu Ubezpieczeniowego „Policja 2015”)

.....
.....

.....
(podpis pracownika Wydziału Finansów KWP w/m)

3. Decyzja Wojewódzkiej Komisji ds. Funduszu Prewencyjnego w Białymstoku

.....
.....

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem, pod rygorem zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku oraz danych szczególnie wrażliwych, zawartych w dokumentacji medycznej przez członków Wojewódzkiej/Centralnej Komisji ds. Funduszu Prewencyjnego PZU oraz uprawnione organy kontrolne dla potrzeb niezbędnych do otrzymania pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie PZU Życie SA danych osobowych, w tym danych szczególnie wrażliwych, zawartych w dokumentacji medycznej dołączonej do wniosku o pomoc finansową z Funduszu Prewencyjnego PZU na potrzeby realizacji procedury związanej z uzyskaniem świadczenia – zgodnie z przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)