

Sutikimas

DĖL DUOMENŲ, SUSIJUSIŲ SU SVEIKATA, TVARKYMO



_____ m. _____ mėn. _____ d.

Aš, žemiau pasirašęs, sutinku, kad If P&C Insurance filialas, kodas 302279548, adresas T. Narbuto g.5, LT08105(toliau – „If“), kaip duomenų valdytojas ar jo įgaliotas atstovas (duomenų tvarkytojas) tvarkytų, įskaitant ir tai, kad teiktų tretiesiems asmenims ir gautų iš trečiųjų asmenų, mano asmens duomenis, taip pat informaciją apie mano ar kito asmens, kurį teisėtai atstovauju, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymą bei kitus duomenis, kiek tai susiję su draudimo rizikos įvertinimu, draudimo sutarties vykdymu ir/arba žalų suregulavimu atsitikus įvykiui, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju. Trečiaisiais asmenimis šio sutikimo prasme laikomi Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba ir jos teritoriniai skyriai, Valstybinė ligonių kasa ir jos teritoriniai skyriai, Valstybinės mokesčių inspekcija, teisėsaugos institucijos, gydymo, farmacijos, sveikatos priežiūros ir atstatymo įstaigos, draudimo kompanijos, darbdavys ar bet kuri kita institucija ar/ir įstaiga. Šis sutikimas galioja kol galioja draudimo sutartis ir 10 metų nuo draudimo sutarties pasibaigimo dienos, o jei draudimo išmoka mokėta – atitinkamai nuo draudimo išmokos išmokėjimo dienos. Jeigu draudimo sutartis nesudaroma, sutikimas galioja 2 metus nuo jo pasirašymo dienos.

Vardas, pavardė	Asmens kodas
Data	Parašas