

Ja, niżej podpisany/a

imię

nazwisko

PESEL

lub nr dowodu tożsamości

tel. komórkowy

adres @mail

@

upoważniam

imię

nazwisko

PESEL

nr dowodu tożsamości

tel. komórkowy

adres @mail

@

do wykonywania w moim imieniu wszelkich czynności związanych z roszczeniami ubezpieczeniowymi, w tym umawiania usług medycznych, uzyskiwania odpowiedzi w sprawie umówionej usługi i reklamacji

czytelny podpis Ubezpieczonego

Pełnomocnictwo przyjmuję

i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych w celu realizacji niniejszego pełnomocnictwa.

czytelny podpis pełnomocnika

Data

- -