

SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO

Naudos gavėjas / Įstatyminis atstovas	
Vardas, pavardė	
Asmens kodas	
Nukentėjusio apdraustojo duomenys	
Vardas, pavardė	
Asmens kodas	
Draudimo sutarties numeris	

Pasirašydamas patvirtinu, kad:

Esu informuotas, kad Draudikas (UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“, J. Basanavičiaus g. 10B, 01118 Vilnius) teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę naudoti pateiktus mano duomenis (vardą, pavardę, asmens kodą, naudojamo dokumento numerį, išdavimo ir galiojimo datą, mano parašą, atsiskaitomosios sąskaitos rekvizitus).

Man yra žinoma, kad įvykį pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį administruos draudimo bendrovė AB "Lietuvos draudimas" (į.k. 110051834, buveinės adresas J. Basanavičiaus g. 10, LT-01118 Vilnius) (toliau – duomenų tvarkytojas), kuri yra įgaliota UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (į.k. 110082737, buveinės adresas J. Basanavičiaus g. 10B, LT-01118, Vilnius) (toliau – duomenų valdytojas) atstovė įvykiams pagal draudimo sutartis administruoti bei teisingam draudimo išmokos dydžiui nustatyti. Duomenų tvarkytojas, baigęs administruoti įvykį pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį, perduos visus dokumentus ir duomenis, susijusius su įvykusio įvykio administravimu ir teisingu draudimo išmokos dydžio nustatymu duomenų valdytojui, ir jų nesaugos ilgiau nei 1 metus.

Patvirtinu, kad esu informuotas ir suprantu, kad:

- 1) pirmiau nurodytų duomenų ir dokumentų, kuriuos gali rinkti Draudikas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys šiuo tikslu, sąrašas nėra galutinis ir priklauso nuo patirtos žalos pobūdžio;
- 2) šis sutikimas galioja visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį arba iki jo atšaukimo, o draudimo sutarčiai pasibaigus – kol bus įvykdyti visi draudimo sutarties įsipareigojimai;
- 3) **jeigu neduosiu sutikimo dėl asmens duomenų tvarkymo arba jį atšauksiu, Draudikas negalės vykdyti draudimo sutarties, t. y. išmokėti draudimo išmokos, nes** asmens duomenų tvarkymas yra būtinas, kad būtų galima patikrinti naudos gavėjo tapatybę bei teisingam draudimo išmokos apskaičiavimui, kaip tai numato LR Draudimo įstatymas;
- 4) **duotą sutikimą turiu teisę bet kada atšaukti, pateikęs (-usi) apie tai pranešimą raštu asmeniškai, paštu, elektroniniu paštu info@pzu.lt arba paskambinęs (-usi) telefonu 19191;**
- 5) turiu teisę nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu, susipažinti su savo asmens duomenimis, gauti informaciją apie tvarkomus asmens duomenis, prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų asmens duomenų tvarkymą, turiu teisę į asmens duomenų perkeliamumą, pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Daugiau apie asmens duomenų tvarkymą ir apsaugą galiu sužinoti <https://pzugd.lt/apie-mus/duomenu-apsauga>.

Nukentėjusio apdraustojo arba naudos gavėjo/įstatyminio atstovo

(vardas, pavardė, parašas, data)

ĮGALIOJIMAS¹

- Dėl sveikatos būklės (amžiaus) negaliu įgyvendinti savo teisių ir vykdyti pareigų.
- Įgalioju kitą asmenį gauti ir teikti informaciją, būtiną įvykusiam įvykiui administruoti, veikti mano vardu vykdant Bendrovės prievoles ir reikalauti jas įvykdyti, derinti draudimo išmokos dydį ir atlikti kitus veiksmus, būtinus mano įvykusiam įvykiui administruoti bei draudimo išmokai apskaičiuoti.
- Įgalioju kitą asmenį gauti išsamų sprendimo dėl išmokos, įskaitant išmokos dydį, dokumentą.

Įgaliotas asmuo:

(vardas, pavardė, asmens kodas, telefono numeris, el. pašto adresas, adresas)

¹ Pildykite tik tuo atveju, jei pageidaujate tokį asmenį paskirti arba jis jau yra paskirtas (pvz., teismo sprendimu) ir turi teisę perimti pirmiau nurodytas apdraustojo teises ir pareigas įvykusio įvykio administravimo metu.