

CONSIMȚĂMÂNT

Fiind necesare pentru încheierea și derularea contractului de asigurare, datele dvs. de sănătate sunt prelucrate respectând regulile de confidențialitate medicală. Datele dvs. de sănătate nu sunt utilizate în scopuri comerciale.

Este necesar ca datele dvs. de sănătate să fie prelucrate de către BRD Asigurări de Viață în calitate de Asigurător, în vederea încheierii și executării contractului de asigurare, pentru următoarele scopuri:

- pentru analizarea cererii dumneavoastră de despăgubire;
- pentru transmiterea acestora medicului consultant/ serviciului medical sau persoanelor interne sau externe abilitate în scop de evaluare;
- pentru autorizarea oricărui medic, spital, clinică medicală sau furnizor de servicii medicale sau oricărei societăți de asigurări care deține orice document medical sau informații cu privire la istoricul dumneavoastră medical de a le oferi în orice moment, în timpul vieții, cât și ulterior, BRD Asigurări de Viață S.A., în vederea îndeplinirii obligațiilor contractuale.

Subsemnatul (Nume Prenume)..... adresa,
tel.....,e-mail....., CNP.....

prin bifarea casuței **DA** în chenarul de mai jos, îmi exprim consimțământul că datele mele privind starea de sănătate, să fie prelucrate de către BRD Asigurări de Viață S.A. și să le transmită societăților din cadrul grupului Asigurătorului, intermediarilor și subcontractanților Asigurătorului, în scopul îndeplinirii obligațiilor contractuale și legale.

Bifarea căsuței **NU** reprezintă lipsa consimțământului meu cu privire la o astfel de prelucrare.

DA:

NU:

Am citit integral și am înțeles conținutul acestei informări referitoare la prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către BRD Asigurări de Viață S.A., sens în care semnez, astăzi,

Data:

Semnătura: