

Udelenie súhlasu so spracúvaním a poskytovaním osobných údajov a údajov tvoriacich predmet mlčanlivosti podľa § 72 Zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Týmto (potrebné uviesť meno a priezvisko) podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o OOÚ“) ako dotknutá osoba dobrovoľne udeľujem výslovný súhlas SLASPO so sídlom Bajkalská 19B, 821 01 Bratislava, IČO 17054303 ako subjektu alternatívneho riešenia sporov (ďalej len „SLASPO“) na:

- spracovanie mojich osobných údajov za účelom evidencie, spracovania a vybavenia tohto návrhu a
- poskytnutie osobných údajov poisťovni, voči ktorej smeruje tento návrh za účelom spracovania a prešetrovania tohto návrhu,

a to v rozsahu všetkých osobných údajov uvedených v tomto návrhu a všetkých jeho prílohách na dobu prešetrovania tohto návrhu a na dobu do uplynutia piatich kalendárnych rokov nasledujúcich po kalendárnom roku, v ktorom bol podnet s konečným výsledkom prešetrovaný.

Tento písomný súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať.

Ako dotknutá osoba zároveň vyhlasujem, že som si vedomá svojich práv v zmysle zákona o OOÚ, a že mi boli poskytnuté všetky informácie podľa uvedeného zákona.

Týmto udeľujem poisťovni súhlas, aby poskytla SLASPO informácie a doklady o záležitostiach týkajúcich sa mojej osoby, ktoré sú predmetom mlčanlivosti podľa § 72 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve, v rozsahu potrebnom na prešetrovanie tohto návrhu. Tento písomný súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať.

V súlade s ust. § 16 písm. a) zákona o OOÚ, týmto vyslovujem svoj súhlas so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov týkajúcich sa zdravia mojej osoby, ktoré som SLASPO poskytol za účelom vybavenia môjho návrhu na začatie ARS podľa zákona č. 391/2015 Z. z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Súčasne súhlasím s tým, aby SLASPO získala a spracúvala za účelom vybavenia môjho návrhu aj ďalšie osobné údaje týkajúce sa zdravia mojej osoby od tretích osôb, pokiaľ to bude k riadnemu vybaveniu môjho návrhu nevyhnutné.

Dátum:

Podpis: