……

(stopień/stanowisko imię i nazwisko)

……..

(Wydz. I jednostka)

ID: ……

……

(tel. Służb./ komórkowy)

Radom, dn. …….

Wojewódzka Komisja

ds. Funduszu Prewencyjnego PZU

W N I O S E K

O POMOC FINANSOWĄ Z FUNDUSZU PREWENCYJNEGO PZU

1. Proszę o udzielenie pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU w związku

……

……

……

……

…….

podpis wnioskodawcy

Oświadczenie

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz danych szczególnych kategorii danych zawartych w załączonej do wniosku dokumentacji medycznej przez Komendanta Wojewódzkiego Policji z siedzibą w Radomiu dla potrzeb niezbędnych do otrzymania pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) na zasadach określonych w Regulaminie funduszu prewencyjnego utworzonego w ramach programu ubezpieczonego „POLICJA 2015".

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/am poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Zostałam/em poinformowana/y również, że dane moje nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.
Dostęp do moich danych w ramach realizacji wniosku i obsługi Funduszu Prewencyjnego PZU będą mieli:
- członkowie Wojewódzkiej Komisji ds. Funduszu Prewencyjnego PZU,
- wyznaczeni pracownicy Wydziału Finansów KWP z siedziba w Radomiu obsługujący Fundusz Prewencyjny PZU,
- uprawnione przepisami organy kontrolne.

W określonych w Regulaminie sytuacjach dane moje mogą zostać przekazane do Centralnej Komisji ds. Funduszu Prewencyjnego PZU.

……..

(podpis zainteresowanego)

Zobowiązanie

Oświadczam, że otrzymałem/am //nie otrzymałem/am* refundacji kosztów, o które złożyłem/am wniosek i zobowiązuję się, że nie będę się ubiegać o nią z innego źródła.

Jeżeli otrzymałem/am to w jakiej kwocie …… z jakiego źródła i z jakich dokumentów/faktur nr ……..

(*Niepotrzebne skreślić)

……

(podpis zainteresowanego)

Potwierdzenie ubezpieczenia

……

……

……

……

podpis

2. Informacja o wysokości zapomogi przyznanej przez Komisję Wojewódzką w

……

……

……

……

podpis

4. Decyzja Komisji Wojewódzkiej z dnia

……

……

……

…… ……

podpis sekretarza Podpis przewodniczącego

Załączniki:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……