



# ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

OTTHON VITÁL Csoportos Egészségbiztosítás  
MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. ügyfelei és hozzátartozói részére

Felhasználó azonosító száma: \_\_\_\_\_

## Biztosítottak (szolgáltatásra jogosultak) adatai:

**1.** Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születéskori név: \_\_\_\_\_  
Anyja születéskori neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□  
Állandó lakcím: □□□□ \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_

**2.** Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születéskori név: \_\_\_\_\_  
Anyja születéskori neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□  
Állandó lakcím: □□□□ \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_

**3.** Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születéskori név: \_\_\_\_\_  
Anyja születéskori neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□  
Állandó lakcím: □□□□ \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_

**4.** Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születéskori név: \_\_\_\_\_  
Anyja születéskori neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□  
Állandó lakcím: □□□□ \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_



**5.** Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születéskori név: \_\_\_\_\_  
Anyja születéskori neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□  
Állandó lakcím: □□□□ \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_

Alulírott kijelentem, hogy a jelen adatkezelési nyilatkozaton általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az egészségi állapotommal összefüggő, a biztosítás megkötéséhez/ teljesítéséhez szükséges adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozóknak továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé.

Jelen nyilatkozattal felmentem az orvosi titoktartási kötelezettség alól azon személyeket, akik az egészségi adataimat jogszabályi vagy szerződéses felhatalmazás alapján kezelik, így különösen a kezelőorvost (ideértve a háziorvost és szakorvost is), szakértőt, egészségügyi szolgáltatót, vagy intézményt, egészségügyi állami szerveket, mentőszolgálatot.

Egyben hozzájárulok ahhoz, hogy mindezen személyek az egészségi állapotommal kapcsolatban vagy egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomásukra jutott személyes adataimat és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó egészségi adataimat a biztosítónak és adatfeldolgozóinak további adatkezelés és feldolgozás céljából átadják.

Kijelentem, hogy amennyiben a biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a biztosított törvényes képviselője, rá is kiterjed.

Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ □□ □□

\_\_\_\_\_  
**1.** Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása

\_\_\_\_\_  
**2.** Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása

\_\_\_\_\_  
**3.** Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása

\_\_\_\_\_  
**4.** Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása

\_\_\_\_\_  
**5.** Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása