



OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítás Adatkezelési nyilatkozat

az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. ügyfelei és hozzátartozóik részére

Felhasználó azonosító száma:

Biztosított (szolgáltatásra jogosult) adatai:

Név: _____
Születéskori név: _____
Anyja születéskori neve: _____
Születési hely, idő: _____ |__|__|__| |__|__|__|
Állandó lakcím: |__|__|__| _____
Telefonszám: _____
E-mail-cím: _____

Alulírott Biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával

hozzájárulásomat adom, hogy a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséig a Szerződő és a Biztosító között létrejött Biztosítás hatálya rám mint Biztosítottra is kiterjedjen. **Kijelentem**, hogy a Biztosítással kapcsolatos jogaimat és kötelezettségeimet is tartalmazó Biztosítási Feltételeket és Biztosítási Termékismertetőt a Szerződő rendelkezésemre bocsátotta.

Felhatalmazást adok a Szerződőnek, hogy a Biztosítás szerinti szolgáltatás nyújtásához szükséges személyes adataimat a Biztosító részére továbbítsa.

Kifejezetten hozzájárulok, hogy a Biztosító a szerződéskötéskor vagy a biztosítási szerződés fennállása során megadott valamennyi adatot, így egészségi állapotommal kapcsolatos és a biztosítás megkötéséhez/teljesítéséhez szükséges adataimat a Biztosítási Feltételek pontjaiban foglaltak szerint – a szolgáltatás nyújtása érdekében – kezelje (így különösen az ilyen adatokat adatfeldolgozónak továbbítsa, egyúttal 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). **Tudomásul veszem**, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a Biztosító a szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése a Biztosítási Feltételek szerinti közléskötelezettség-sértést alapoz meg. Egyúttal **felhatalmazást adok** a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.

Felhatalmazom a kockázat elvállalásával, fenntartásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, az egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket (többek között háziorvos, kezelőorvos, szakértő, egészségügyi szolgáltató, társadalombiztosítási szerv), hogy ezen adatokat a Biztosítónak – kérésére – átadják. Ezen adatátadás célja kizárólag a Biztosító Biztosításban foglalt szolgáltatásainak szerződésszerű teljesítése.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes



– személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket **felmentem** a titoktartási kötelezettség alól, és **hozzájárulok** ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve **hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a Biztosítás megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a Biztosításból származó követelések megítéléséhez (pl. a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb cél lehet.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító személyes adataim kezelésére vonatkozó részletes Adatkezelési Tájékoztatója a <https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem> címen érhető el.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kijelentem, hogy rendelkezem a harmadik személy biztosítottak felhatalmazásával adataik megadására.

Amennyiben a Biztosított kiskorú, mint a kiskorú biztosított törvényes képviselője **kijelentem**, hogy jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem a kiskorú Biztosítottra is kiterjed.

Kijelentem, hogy a jelen ajánlatban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket és a jelen nyilatkozatot **elolvastam, megértettem és tudomásul vettem**.

Kelt: _____ | | | | | | | | |

Biztosított (szolgáltatásra jogosult) aláírása