

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT

OTTHON Vitál Csoportos Egészségbiztosítási
MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. ügyfelei és hozzátartozói 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

Kifejezetten hozzájárulok, hogy a Biztosító a szerződéskötés, 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 szolgáltatását nem tudja teljesíteni. **Kijelentem**, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. **Tudomásom van arról**, hogy valótlan adatok közlése a Biztosítási Feltételek szerinti közlési kötelezettségsértést 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 házi orvos, kezelő orvos, 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. házi orvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszeresse, 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 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.

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

További bevont biztosítottak:

2. biztosított neve: _____

Születéskori név: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely, idő: _____ □□□□ □□ □□

Aláírás: _____

3. biztosított neve: _____

Születéskori név: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely, idő: _____ □□□□ □□ □□

Aláírás: _____

4. biztosított neve: _____

Születéskori név: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely, idő: _____ □□□□ □□ □□

Aláírás: _____

5. biztosított neve: _____

Születéskori név: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely, idő: _____ □□□□ □□ □□

Aláírás: _____