

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT
OTTHON Vítál Csoportos Egészségbiztosítás
MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. ügyfelei és hozzátartozói részére

Felhasználó azonosító száma: _____

1. számú biztosított:

Név¹: _____

Születéskori név¹: _____

Anyja születéskori neve¹: _____

Születési hely, idő¹: _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. számú biztosított:

Név¹: _____

Születéskori név¹: _____

Anyja születéskori neve¹: _____

Születési hely, idő¹: _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. számú biztosított:

Név¹: _____

Születéskori név¹: _____

Anyja születéskori neve¹: _____

Születési hely, idő¹: _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. számú biztosított:

Név¹: _____

Születéskori név¹: _____

Anyja születéskori neve¹: _____

Születési hely, idő¹: _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

5. számú biztosított:

Név¹: _____

Születéskori név¹: _____

Anyja születéskori neve¹: _____

Születési hely, idő¹: _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Alulírott az előzetes, részletes tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával önkéntesen, befolyásmentesen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. (székhelye: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, cégjegyzékszám: 01-10-045857, a továbbiakban: „**Biztosító**”) a szolgáltatási igény elbírálása és a Biztosító szolgáltatásának teljesítése céljából az általam megadott vagy a Biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje, így különösen az ilyen adatokat – a Biztosító jelen nyilatkozattal érintett szolgáltatásának nyújtásában közreműködő – adatfeldolgozójának továbbítsa. A kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozók listája a Biztosító honlapján (www.cigpannonia.hu/adatvedelem) érhető el. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítónak, nem áll módjában a szolgáltatást teljesíteni. Tudomásul veszem továbbá a tájékoztatást, miszerint a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

¹ Amennyiben biztosított csatlakozáskor megjelölésre került, a jelölt adatok megadása kötelező.

Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos, valamint az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a Biztosítóval szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. Jelen nyilatkozat aláírásával egyrészt **felhatalmazom a Biztosítót egészségügyi adataim beszerzésére**, másrészt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 25.§ (2) bekezdése alapján **felmentem az orvosi titoktartás alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon** – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – **adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa.**

Kijelentem, hogy amennyiben a Biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a Biztosított törvényes képviselője által tett nyilatkozat, a kiskorú Biztosítottra is kiterjed.

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

A Biztosító **adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatását** a Biztosító honlapján (www.cig-pannonia.hu/adatvedelem) és Ügyfélszolgálatán (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. B épület földszint) kihelyezett **Adatkezelési Tájékoztató** tartalmazza. Ezen Adatkezelési Tájékoztatóban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket és a jelen nyilatkozatot **elolvastam, megértettem és tudomásul vettem**. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt hozzájárulás megadása önkéntesen és az előzetes, megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kelt: _____, _____
1. sz. biztosított aláírása

Kelt: _____, _____
2. sz. biztosított aláírása

Kelt: _____, _____
3. sz. biztosított aláírása

Kelt: _____, _____
4. sz. biztosított aláírása

Kelt: _____, _____
5. sz. biztosított aláírása