

Adatkezelési nyilatkozat

OTTHON VITÁL Csoportos Egészségbiztosítás

MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. ügyfelei és hozzátartozói részére

Felhasználó azonosító száma:

1. számú biztosított*:

Név:
Születéskori név:
Anyja születéskori neve:
Születési hely, idő:

2. számú biztosított*:

Név:
Születéskori név:
Anyja születéskori neve:
Születési hely, idő:

3. számú biztosított*:

Név:
Születéskori név:
Anyja születéskori neve:
Születési hely, idő:

4. számú biztosított*:

Név:
Születéskori név:
Anyja születéskori neve:
Születési hely, idő:

5. számú biztosított*:

Név:
Születéskori név:
Anyja születéskori neve:
Születési hely, idő:

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) és a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (székhelye: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület, cégjegyzékszám: 01 10 046150) (a továbbiakban együtt: "Biztosítók") a szolgáltatási igény elbírálása és a Biztosítók szolgáltatásának teljesítése céljából az általam megadott vagy a Biztosítók tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje, így különösen az ilyen adatokat – a Biztosítók jelen nyilatkozattal érintett szolgáltatásának nyújtásában közreműködő –

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

adatfeldolgozójának továbbítsák. A kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozók listája a Biztosítók honlapján (<https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem>) érhető el. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítóknak, 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.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosítók a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezelik. Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosítók a szolgáltatás nyújtásához, illetve teljesítéséhez szükséges körben, az ahhoz szükséges egészségi adataimat, mint különleges személyes adatokat továbbítsák a kezelő és vizsgáló orvosoknak, egészségügyi intézményeknek, a társadalombiztosítási igazgatási szerveknek.

Alulírott (név:cím: születési hely és idő:.....) 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 Biztosítók adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatását a Biztosítók honlapján (www.cigpannonia.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:, 20.....
1. sz. biztosított/törvényes képviselő aláírása*

Kelt:, 20.....
2. sz. biztosított/törvényes képviselő aláírása*

Kelt:, 20.....
3. sz. biztosított/törvényes képviselő aláírása*

Kelt:, 20.....
4. sz. biztosított/törvényes képviselő aláírása*

Kelt:, 20.....
5. sz. biztosított/törvényes képviselő aláírása*