

Nyilatkozat

Biztosított jelöléséhez és kiléptetéséhez, valamint biztosítotti nyilatkozatok megtételéhez*

Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosításhoz

Ajánlatszám/kötvényszám:

Kitöltés célja: Biztosított jelölése Biztosított kiléptetése Biztosítotti nyilatkozatok megtétele

Biztosított kiléptetése esetén az ajánlaton meghatározott
biztosított csoportból való kilépés/kiléptetés időpontja:

Biztosított / hozzátartozói biztosított adatai:

Név:

Születéskori név:

Anyja születéskori neve:

Születési hely: Születési idő: Év Hó Nap

Adóazonosító jel:

Telefonszám 1:

Telefonszám 2:

E-mail:

Biztosításba bevont hozzátartozói száma: (Hozzátartozói biztosított esetén a mező értéke 0.)

Mely biztosított hozzátartozója? (Csak hozzátartozói biztosított esetén kell kitölteni.)

Név:

Adóazonosító jel:

Alulírott biztosított kijelentem, hogy jelen pótlapon megadott adataim a valóságnak megfelelnek. Alulírott szerződő/biztosított tudomásul veszem, hogy korábbi szóbeli közlések vagy kikötések, írásbeli szerződésbe nem foglalt megállapodások jelen pótlap aláírásával érvényüket veszítik. Alulírott szerződő új biztosított jelölésével kezdeményezem a fenti ajánlatszámmal/kötvényszámmal létrejött biztosítási szerződésem módosítását. Alulírott biztosított (biztosított törvényes képviselője) hozzájárulok a szerződés módosításához. **Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a biztosítónak a fenti adatokban, vagy a saját adataimban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.** Alulírott szerződő hozzájárulok, hogy a biztosítottal kapcsolatos nyilvántartásomba a biztosító betekintést nyerjen, illetve azt szükség esetén megkapja. Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosítás szerződőjének lehetősége van az egy biztosítotttra jutó díjrészt rám háritani. Alulírott szerződő tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti lehetőséggel élni szeretnék, erről köteles vagyok tájékoztatni a biztosítottat, valamint a biztosítót.

* Jelen nyomtatvány érvényben lévő Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítási szerződéshez a biztosítási tartam során csatlakozni kívánó biztosítottak esetében belépési nyilatkozatként, a biztosítotti csoportot bármilyen okból elhagyó biztosítottak esetében pedig kiléptetési nyilatkozatként szolgál, míg a Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítási ajánlaton ajánlattételkor jelölt biztosítottak vonatkozásában a biztosítotti nyilatkozatok megtételére használandó. A kitöltés célját a megfelelő helyen aláhúzással kell megadni. Biztosított kiléptetése esetén a nyomtatványt a biztosítottnak sehol nem kell aláírni, továbbá a titoktartás alóli felmentésről szóló nyilatkozatot a szerződőnek sem kell aláírni.

Kelt:

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása

Nyilatkozat a személyes adatok kezeléséről és a titoktartás alóli felmentésről

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy az e törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az Ön előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt Önt nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A személyes adatok kezelésének részletes szabályait a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679/EU rendelete – a továbbiakban GDPR – és a hatályos magyar jogszabályok részletesen rendezik és a biztosító az adatvédelmi rendelkezéseit ezen keretek között alakította ki.

A biztosító adatkezelésének jogalapja elsősorban a biztosítási szerződés teljesítésének érdeke (GDPR 6. cikk b. pont), másodsorban a biztosító jogszabályi kötelezettség teljesítése (GDPR 6. cikk c.) pontja). Előfordul, hogy az adatkezelésre a biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése alapján kerül sor (GDPR 6. cikk f.) pontja).

A személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatok (az egészségi állapotra vonatkozó adatok) kezelése és feldolgozása az Ön hozzájárulása alapján történik. Ilyen hozzájárulás hiányában a szerződést a biztosító nem tudja teljesíteni, ezért az alábbiakban – az adatvédelmi tájékoztatás és felvilágosítás megadása mellett nyilatkoznia kell ezen hozzájárulásáról.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a **Biztosító** az egészségi állapotommal összefüggő adatokat **kezelje** és az ilyen adatokat **adatifeldolgozóknak 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 nyilatkozatommal **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 felmentem az orvosi titoktartás alól.

Egyben **hozzájárulok ahhoz**, hogy az egészségi állapotommal, vagy egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott személyes adataimat és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó **egészségi adataimat** a Biztosítónak és adatifeldolgozóinak további adatkezelés és feldolgozás céljából **átadja**.

Kijelentem, hogy amennyiben a szerződést **kiskorú** biztosítottra, és/vagy kedvezményezettre kötöm, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem mint ezen személy/ek törvényes képviselője rájuk is **kiterjed**.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájáruló nyilatkozata **bármikor visszavonható**. A visszavonás következményeit és a biztosító adatkezelési rendelkezéseit a biztosítási feltételek tartalmazzák.

Kelt:

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása