

Adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató és nyilatkozatok

Az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74., a továbbiakban: Biztosító) a fenti személyes adatokat a GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pontja alapján, a biztosítási szerződésből fakadó jogok és kötelezettségek teljesítése körében, a kárrendezés lebonyolítása céljából kezeli a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A Biztosító adatkezelésével, többek között az érintetti jogokkal és a címzettekkel kapcsolatos további információ a <https://www.uniqa.hu/adatkezeles> oldalon elérhető „Adatkezelési tájékoztató” elnevezésű dokumentumban és a biztosítási feltételekben található.

Alulírott Biztosított

Kijelentem, hogy rendelkezem felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyek adatainak megadására, továbbá vállalom az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatót ezen személyek részére.

Aláírással igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy az adatkezelésről szóló tájékoztatót és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: _____

Biztosított aláírása

Alulírott Biztosított

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a kárrendezés lebonyolítása céljából kezelje.

Hozzájárulok, hogy a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt., valamint kiemelt partnere, a Reticulum Insurance Kft – mint jelen biztosítási szerződés közvetítője – minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyettem a Biztosítónál eljárjon, valamint az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a kárrendezés lebonyolítása céljából kezelje.

Hozzájárulok továbbá 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 vagy 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 az egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. Jelen hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése közzétételként alapoz meg.