

Kötvényszám: _____

Biztosított neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Az UNION Biztosító adatkezelésére 2018.05.25. napjától kizárólag az Adatkezelési tájékoztatóban és a jelen Nyilatkozatban leírtak irányadóak. Ettől az időponttól a biztosítási feltételek adatkezelésre vonatkozó rendelkezései, valamint az egyéb nyomtatványokon a személyes és különleges adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatok nem érvényesek, hatályukat veszítik.

1. Általános tájékoztató a személyes adatok kezeléséről

Alulírott az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. – a továbbiakban: Biztosító – Ügyfeleként a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak alapján jelen nyilatkozat aláírásával az alábbi önkéntes és kifejezett nyilatkozatot teszem:

Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően előzetesen megismertem a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető Adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, meglévő biztosítási szerződések módosítása és állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, igények megállapítása.

Tudomásom van különösen arról, hogy:

- a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el.
- amennyiben a biztosítás létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat, az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét a biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében a közreműködő egészségügyi szolgáltatónál megismerheti.
- a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása során a biztosítóval közölt, vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adataimmal kapcsolatban élhetnek többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési jogommal, valamint az adathordozhatósághoz való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____

biztosított aláírása

2. Egészségi állapotra vonatkozó adatok kezeléséről

A Biztosító az Európai Parlament és Tanács 2016/679. Általános adatvédelmi rendeletének 9. cikk (1) bekezdése szerint személyes adatok különleges – egészségügyi adatok – kategóriáit is kezeli. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A Biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli (a létre nem jött szerződésekhez kapcsolódó adatokat is), ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

Alulírott, a Biztosító Ügyfeleként a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a kockázat és szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában **felmentem a titoktartási kötelezettség alól** az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____

biztosított aláírása