

A szolgáltatási igénybejelentéshez kérjük az alábbi nyilatkozat kitöltését és aláírását is!

NYILATKOZAT A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉSHEZ

Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a birtokába került egészségügyi adataimat a szolgáltatási igény elbírálása céljából kezelje.

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségügyi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, illetve a részére kiszervezett tevékenységet végző orvosszakértőknek, egészségügyi szolgáltatóknak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a www.eub.hu oldalon is megtekintheti.

Dátum:

A biztosított, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére vagy élettársa) aláírása. Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) aláírása.

.....
Aláírás

Tanú 1

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2

Név:

Lakcím:

Aláírás: