

Amennyiben az utazás/repülőjegy/belépőjegy lemondása vagy az útmegszakítás betegség vagy baleset miatt történt, kérjük az alábbi nyilatkozat kitöltését és aláírását azon személy részéről, akinek a betegsége vagy balesete miatt a lemondás vagy az útmegszakítás bekövetkezett, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek!

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 beszeresse 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:

Az a személy, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek (akinek a betegsége vagy balesete miatt a lemondás vagy az útmegszakítás bekövetkezett):

Név:

.....

Aláírás

Tanú 1

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2

Név:

Lakcím:

Aláírás: