

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Családi név:	Születési ideje:
Utónév:	Állampolgársága:
Állandó lakcíme:	Utca, házszám:
Telefon / Mobil:	E-mail:
Szem. az. okmány: ☐ sz. ig. ☐ útleveél	Okmány száma:
Levelezési címe:	

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY LEÍRÁSA

A biztosítási esemény időpontja és helyszíne:

A biztosítási esemény leírása:

Kérjük, adja meg a biztosítási eseményre vonatkozó dokumentációt (diagnózis, orvosi jelentés, elbocsátó jelentés, munkaképtelenséget igazoló dokumentumok, a biztosított halála esetén a biztosított személy hivatalos halotti bizonyítványának másolatát). Kérem csatolja a biztosított személy vagy annak jogi képviselőjének személyazonosságát igazoló dokumentumot is.

KAPCSOLATTARTÓ SZEMÉLY A BIZTOSÍTOTT HALÁLA ESETÉRE (KEDVEZMÉNYEZETT)

Családi név:	Utónév:
Telefon/ Mobil:	E-mail:
Levelezési címe:	

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET A KÖVETKEZO SZÁMLASZÁMRA KÉREM UTALNI

IBAN:	SWIFT:
-------	--------

Az aláírással igazolom, hogy a megadott adatok teljes körűek és a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s., (Székhely: Námesťie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, ICO/Cégjegyzékszám: 47 251 301, magyar adószám: 30375916-1-51, a továbbiakban: Biztosító) adatkezelésként a biztosítási esemény elbírálása okán feldolgozzaszemélyes egészségi adataimat, és azokat a biztosítási jogviszony fennállásának ideje alatt, illetve a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig az időpontig, amíg a megszűnt szerződés alapján jogi igények érvényesíthetőek, tárolja. Tudatában vagyok azon jogomnak, hogy az adatok tárolására és kezelésére vonatkozó hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

A biztosított személy, kapcsolattartó személy vagy kedvezményezett személy, tudomásul veszi, hogy a személyes adatok a biztosítóhoz történő eljuttatása mindig önkéntes alapon történik, és ennek elmulasztása esetén a Biztosító részéről nem lehetséges a szerződésben foglalt kötelezettségek teljesítése.

☐ Igen ☐ Nem

Az aláírás időpontja	A biztosított személy aláírása	Kedvezményezett aláírása
----------------------	--------------------------------	--------------------------