

HOZZÁJÁRULÁS SZEMÉLYES ADATOK MARKETING CÉLÚ KEZELÉSÉHEZ

Hozzájárulok, hogy a NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (székhely: Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Szlovákia; cégjegyzékszám: 47 251 301; a továbbiakban: „Biztosító”) akár önállóan, akár – a Biztosító által a honlapján közzétett – szerződő partnerein keresztül a Biztosító marketingtevékenysége céljából kezelje a fent említett számú ajánlatban megadott személyes adataimat a biztosítási szerződés időtartama alatt, továbbá annak megszűnésétől számított egy évig. Tudomásom van arról, hogy e hozzájárulást bármikor visszavonhatom.

Szerződő neve: _____ Születési ideje: _____ ☐ Igen ☐ Nem

Dátum és a szerződő aláírása: _____

Biztosított neve: _____ Születési ideje: _____ ☐ Igen ☐ Nem

Biztosított neve: _____ Születési ideje: _____ ☐ Igen ☐ Nem

Biztosított neve: _____ Születési ideje: _____ ☐ Igen ☐ Nem

Dátum és a biztosított személyek aláírása: _____

HOZZÁJÁRULÁS SZEMÉLYES EGÉSZSÉGI ADATOK FELDOLGOZÁSÁHOZ

Alulírott szerződő/biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával, a biztosító által készített „Személyes adatok védelméről szóló ügyféltájékoztató” című dokumentum, valamint az általános szerződési feltételek 45. cikkében foglalt tájékoztatás megismerését és tudomásul vételét követően ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje. Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét. A hozzájárulás visszavonása esetén előfordulhat, hogy a biztosító a szerződés megkötésére irányuló ajánlatomat nem tudja elbírálni és ezért az ajánlatot visszautasítja, vagy a szolgáltatási igényt nem tudja elbírálni, melynek eredményeként a szolgáltatás nyújtását a biztosítási szerződésben, illetve jogszabályban rögzített esetekben megtagadhatja. Tudomásul veszem, hogy az általam megadott, vagy a biztosító tudomására jutott egészségügyi adataim biztosítási titoknak minősülnek, és e titkot a biztosító köteles időbeli korlátozás nélkül megtartani. A biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosító a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbíthatja.

☐ Igen ☐ Nem ☐ Igen ☐ Nem

Szerződő neve: _____ Biztosított személyek neve: _____

Szerződő aláírása: _____ Biztosított személyek aláírása: _____

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával továbbá felmentem az alábbi orvosi titoktartásra köteles személyeket és szervezeteket az orvosi titok megtartásának kötelezettsége alól a NOVIS Biztosítóval szemben a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adataim vonatkozásában:

- jelenlegi, korábbi és jövőbeli háziorvosom
- társadalombiztosítási szervek
- valamennyi járó- és fekvőbeteg-intézmény, és egyéb egészségügyi szolgáltatók, ahol a múltban kezelték, jelenleg kezelnek vagy a jövőben kezelni fognak.

☐ Igen ☐ Nem ☐ Igen ☐ Nem

Szerződő neve: _____ Biztosított személyek neve: _____

Szerződő aláírása: _____ Biztosított személyek aláírása: _____