

HOZZÁJÁRULÁS SZEMÉLYES ADATOK MARKETING CÉLÚ KEZELÉSÉHEZ

Szerződő neve:

Születési ideje:

Biztosítási szerződés száma:

Hozzájárulok, hogy a 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 partnereim 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 Igen Nem arról, hogy e hozzájárulást bármikor visszavonhatom.

Dátum és a szerződő aláírása:

Biztosított neve:

Születési ideje:

Biztosítási szerződés száma:

Hozzájárulok, hogy a 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 partnereim 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 Igen Nem arról, hogy a hozzájárulást bármikor visszavonhatom.

Dátum és a biztosított személy 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 biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében Igen Nem meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbíthatja.

Szerződő aláírása

Biztosított személy aláírása

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával tovább 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 kezeltek, jelenleg kezelnek vagy a Igen Nem jövőben kezelni fognak.

Szerződő aláírása

Biztosított személy aláírása