ELŐZETES ELBÍRÁLÁS IRÁNTI KÉRELEM

SZERZŐDŐ ADATAI

Családi név: _____ Születési ideje: ___.___.___

Utónév: _____

KÉRJÜK, ÍRJA LE AZ ELŐZETES ELBÍRÁLÁS OKÁT (EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOT, FOGLALKOZÁS, SPORTTEVÉKENYSÉG)

Hozzájárulok ahhoz, hogy a NOVIS Poisťovňa a.s., (Székhely: Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO/Cégjegyzékszám: 47 251 301, magyar adószám: 30375916-1-51, a továbbiakban: Biztosító) adatkezelőként az előzetes elbírálás okán feldolgozza személyes egészségügyi adataimat, és azokat a biztosítási jogviszony fennállásának ideje alatt, illetve a biztosítási jogviszony létre nem jöttének esetén 5 évig tárolja. Tudatában vagyok azon jogomnak, hogy az adatok tárolására és kezelésére vonatkozó hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

A szerződő személy tudomásul veszi, hogy a személyes adatoknak a biztosítóhoz történő eljuttatása mindig önkéntes, és ennek elmulasztása esetén nem lehetséges a biztosító részéről az esetleges szerződéses kötelezettségek teljesítése, amelyre ez a hozzájárulás vonatkozik.

◯ Igen ◯ Nem

Az aláírás helyszíne _____ Az aláírás időpontja _____ A szerződő aláírása _____