CONSENT FOR PERSONAL DATA PROCESSING REGARDING HEALTH STATUS

1723

Number of contract / Skírteinisnúmer

Nafn vátryggingartaka
Name of policyholder

Kennitala
Social Security No. of the Policyholder

Heimili
Address

SAMÞYKKI FYRIR VINNSLU HEILSUFARSUPPLÝSINGA / CONSENT FOR THE PERSONAL DATA PROCESSING REGARDING HEALTH STATUS

Ég undirritaður samþykki að „NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poisťovňa a.s., með lögheimili á Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slóvakíu, kennitala 47 251 301 (hér eftir "vátryggjandi")" sem ábyrgðaraðili, muni vinna með persónulegar heilsufarsupplýsingar mínar, undir kenninúmeri hér að ofan, við samningsgerð um þennan vátryggingarsamning, rekstur vátryggingarsamningsins og tjónsuppgjöri hans, allt á gildistíma vátryggingarsamningsins með ofangreint kenninúmer.

I agree that the company NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poisťovňa a.s., with its registered seat at Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, Slovakia, Company ID No.: 47 251 301 (hereinafter only „Insurer"), as the Controller, will process my personal health data prior to the conclusion of the insurance contract with the number mentioned above for the purpose of the conclusion of this insurance contract, executing its subsequent administration, for the purpose of the settlement the claim processed within the duration of the insurance contract with the above given number.

Ég veiti þetta samþykki mitt á meðan samningssambandi mínu stendur við vátryggjanda og í 5 ár eftir að samningssambandi við hann lýkur, Mér er kunnugt um að ég get afturkallað þetta samþykki mitt hvenær sem. Framlagning persónuupplýsinga minna er gerð af sjálfsdáðum, en séu þær ekki lagðar fram, er ekki hægt að efna samningsskyldurnar sem þetta samþykki nær til.

I grant this consent for the duration of the contractual relationship with the Insurer and for a period of five years after the termination of the contractual relationship with the Insurer. I am aware that I can withdraw this consent at any time. I note that the providing Insurer with the personal data is always voluntary, but in the event of failure to provide it, it is not possible to fulfill the contractual obligations to which this consent applies.

◯ Já / Yes ◯ Nei / No

Ég undirritaður samþykki vinnslu persónuupplýsinga sem ég gef í tilefni þessarar vátryggingarumsóknar sem og við rekstur vátryggingarsamningsins í framtíðinni. Ég samþykki jafnframt að NOVIS er heimilt að deila umræddum persónuupplýsingum með samstarfsaðilum sínum sem nauðsynlegir eru s.s. vátryggingamiðlara, endurtryggingafélögum og trúnaðarlækni enda séu allir þessir aðilar bundnir þagnar- og trúnaðarskyldu löggjafar um meðferð persónuupplýsinga og/eða sérlögum. Ég geri mér grein fyrir því að mér er heimilt að afturkalla þetta samþykki hvenær sem er með skriflegum hætti og fá afhend til baka öll gögn eru varða persónuupplýsingar mínar en það geti jafnframt haft áhrif á eðlilegan framgang vátryggingarsamnings míns. Ég veiti læknum, sjúkrastofnunum, Sjúkratryggingum Íslands, Tryggingastofnum ríkisins og öðrum sem hafa undir höndum upplýsingar um heilsufar mitt, s.s. sjúkraskrá, fulla heimild til þess að afhenda allar slíkar upplýsingar til vátryggjanda og/eða trúnaðarlæknis hans, sem nauðsynlegar kunna að vera við vátryggingartöku eða tjónavinnslu. Þessi heimild heldur fullu gildi eftir andlát mitt. Ég afléttí því hér með trúnaðarskyldu ofangreindra aðila á sjúkragögnum mínum, til vátryggjanda.

I confirm hereby in writing that I allow the Insurer to process my personal data which is submitted in this proposal as well as its function in the future. I hereby give my consent that the Insurer is permitted to share this information with related parties as necessary such as Insurance Broker, Agents, Reinsurance Companies and fiduciary doctor, provided that these parties are bound by relevant legislation on Personal Data Protection or Special laws relating to absolute confidentiality. I realize I can revoke this consent in writing at any time and demand all my personal data to be handed back to me, however resulting in possible interruption in the normal proceedings of the insurance contract. I hereby authorize doctors, hospitals, Icelandic Health Insurance, Icelandic Social Security Administration and any other which have possession of my medical records, to send such to the Insurer at their request, or to their fiduciary doctor, which are necessary for underwriting or claims settlement. This permission is fully valid after my death. I relieve all above mentioned institutions of the obligation for professional secrecy with regard to the Insurer.

◯ Já / Yes ◯ Nei / No

Staður og dagsetning
Place and date

Undirritun vátryggingartaka
Signature of policyholder