

Egészségügyi állapottal összefüggő adatokra és titoktartás alóli felmentésre vonatkozó nyilatkozat

A Biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, 158/A.§-ban, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal a Biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. Ezen felül a Biztosított felhatalmazza azokat a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat, amelyek a szerződéssel kapcsolatos ügyekben eljárak, hogy a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a Biztosító felé továbbítsák. A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Alulírott Biztosított hozzájárulok, hogy a Biztosító az általa megbízott, illetve az orvosi vizsgálatot elvégző egészségügyi szolgáltatónak a kockázat elbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálat megszervezése és elvégzése érdekében a hozzám kapcsolódó biztosítási ajánlat sorszámát, illetve a következő személyes adataimat: név, lakcím, születési idő, TAJ szám átadja. Alulírott Biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító és az egészségügyi szolgáltató postai úton is továbbíthatja egészségügyi adataimat. Alulírott Biztosított kijelentem, hogy a fent leírt adatátadás tekintetében a Biztosítót felmentem a biztosítási titoktartási kötelezettsége alól.

Kelt, dátum:

Igénybejelentő aláírása: