

Allianz Orvosi Call Center regisztrációs nyilatkozat

Alulírott _____

születési hely: _____

születési dátum: _____ év _____ hó _____ nap

cím: _____

telefonszám vezetékes: +36 _____ / _____

mobil: +36 _____ / _____

e-mailcím: _____

az Allianz Hungária Zrt.-vel hatályosként fenntartott

_____kötvényszámú szerződés

szerződője kijelentem, hogy igénybe kívánom venni az Allianz Hungária Zrt.

szerződött partnere, az Advance Medical Hungary Kft. révén Allianz Orvosi

Call Center keretében nyújtott ingyenes szolgáltatást.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az alábbi adatok megadásával a Családi életbiztosítás biztosítottjai is igénybe vegyék az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatást:

- az Allianz otthonbiztosítás szerződésszáma,
- az Allianz otthonbiztosítás szerződőjének neve,
- az Allianz otthonbiztosítás szerződőjének születési ideje.

Adatkezeléshez adott hozzájárulás

Hozzájárulok – a biztosítási titokra vonatkozó titoktartási kötelezettség alóli egyidejű felmentéssel – ahhoz, hogy a fent megjelölt adataimat (név, születési hely és dátum, cím, kötvényszám, e-mailcím, mobiltelefonszám, továbbiakban: adatok) továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat az Allianz Hungária Zrt. kezelje és továbbítsa – meghatározott gyakorisággal – az Advance Medical Hungary Kft. részére a szolgáltatással összefüggésben.

Hozzájárulok ahhoz is, hogy az Advance Medical Hungary Kft. továbbítsa az adatokat az együttműködő partnerei (ideértve az orvosokat, a mobil-, a telefon- valamint az internetszolgáltatókat) számára, akik a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni. Tájékoztatást kaptam arról, hogy kérésemre kapok tájékoztatást az Advance Medical Hungary Kft. azon együttműködő partnereinek személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. honlapján írásban feltett kérdéseimet az Allianz Hungária Zrt. e-mailen továbbítsa az Advance Medical Hungary Kft. részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a Szolgáltató valamint az együttműködő partnerei az általam megadott e-mail címre küldje meg.

Kijelentem, hogy a szolgáltatás igénybevételét az ugyfelszolgalat@allianz.hu e-mailcímmre küldött – a fenti adatokat tartalmazó, azonosításra alkalmas – nyilatkozattal szüntetem meg. Ezzel egyidejűleg tudomásul veszem, hogy amennyiben az adatok kezeléséhez keretében adott hozzájárulást megszüntetem, az AOC záradékban foglalt feltételek szerint nyújtott szolgáltatás az adataim törlésével megszűnik.

Felelősség kizárás

Tudomásul veszem, hogy az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesíthetik.

Tudomásul veszem, hogy az Allianz Hungária Zrt. nem vállal felelősséget az orvosi call center szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a kért tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkról.

Tudomásul veszem, hogy az Allianz Hungária Zrt. egészségügyi szolgáltató partnere által nyújtott az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás nyújtását bármikor, egyoldalúan indoklás nélkül megszüntetheti. Kijelentem, hogy a szolgáltatás megszüntetése miatt az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben nem érvényesítek igényt.

A jelen nyilatkozatban foglalt hozzájárulásokat, felhatalmazásokat és az adatokat önkéntesen és a megfelelő tájékoztatás birtokában adtam meg.

A jelen nyilatkozatban foglalt rendelkezéseket elolvastam, tudomásul vettem és magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Dátum: _____, _____ év _____ hó _____ nap

szerező alírása