



Nyilatkozat előzetes egészségügyi elbíráláshoz

Alulírott, (anyja neve:,
születési dátum: _____. _____. _____., lakcím: _____,
.....) hozzájárulok, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító
Nyrt. (továbbiakban: Biztosító) az egészségi állapotommal kapcsolatos-, vagy
egészségügyi szolgáltatás nyújtása során a tudomására jutott személyes adataimat
(édesanyja neve, születési dátum, állandó lakcím, stb.) és a személyes adatok
különleges kategóriájába tartozó egészségi adataimat (egészségügyi állapot, esetleges
kórelőzmény, stb.), orvosi dokumentumaimat, az időben később megtett biztosítási
ajánlatom előzetes elbírálása céljából kezelje, illetve adatfeldolgozóinak további
adatkezelés és feldolgozás céljából átadja.

Kijelentem, hogy amennyiben a szerződést kiskorú biztosítottra, és/vagy
kedvezményezettre kötöm, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem,
mint ezen személy/ek törvényes képviselője rájuk is kiterjed.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható. A
visszavonás következményeit és a Biztosító adatkezelési rendelkezéseit a biztosítási
feltételek tartalmazzák.

Kelt:, _____. _____. _____. .

.....
Biztosított / Törvényes képviselő aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

1. Tanú:

Név:

Szem.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás:

2. Tanú:

Név:

Szem.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás: