

## nyilatkozat biztosítási szerződés megkötéséhez

### 1.) Alulírott

név	
születéskori név (ha más mint az előző)	
születési hely, dátum (év, hó, nap)	
lakcím	
képviselt szervezet neve	

Szerződő (Biztosított) vagy szervezet esetén mint ezek törvényes képviselője kijelentem, hogy a jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt    kódjelű /  nevű **biztosítási termékre**, a Biztosító és a biztosításközvetítő adataira vonatkozó tájékoztatást, valamint életbiztosítás esetén a termékismertetőt biztosítási ajánlatom aláírása előtt megismertem, tudomásul vettem. A biztosítási (ajánlatot/kötvényt), szerződési feltételeket átvettem. Az ajánlat aláírása előtt megismertem, tudomásul vettem azt.

2.) Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, de az adatkezelés a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések elbírálásához szükséges. A Biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat pedig addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének megíiusulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

3.) Ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a K&H Biztosító Zrt. valamint biztosításközvetítői a biztosítási ajánlaton/kötvényen, az „Ügyfél adatlap biztosítási szerződés megkötéséhez” elnevezésű nyomtatványon és azok mellékletein között személyes és különleges adataimat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással kapcsolatosan az adatvédelmi törvény alapján a szerződés hatálya alatt, illetve annak lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig nyilvántartásba és kezelje. Kijelentem továbbá azt is, hogy ez a hozzájárulásom a rám vonatkozó személyes adatok fenti célból történő kezelésére vonatkozó megfelelő tájékoztatáson alapul. Ennek keretében tájékoztatást kaptam arról, hogy a velem szerződő Biztosítót a tudomására jutott és a személyi körülményeimre, vagyoni helyzetemre, valamint biztosítási szerződéseimre vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) titoktartási kötelezettség terheli. Biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító harmadik fél részére, csak akkor adhat ki, ha én, vagy törvényes képviselőm a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve írásbeli felmentést ad erre. A Biztosító felmentő nyilatkozatok hiányában biztosítási titkot kizárólag a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben felsorolt szervezetnek és csak az ott megjelölt körben szolgáltathat ki.

Kijelentem, hogy az arról szóló tájékoztatást is tudomásul vettem, hogy személyes adataim kezeléséről tájékoztatást kérhetek, kérhetem azok helyesbítését, illetve - a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével - azok törlését is. A Biztosító mint adatkezelő, kérésemre tájékoztatást köteles adni részemre az általa kezelt adataimról és az adatkezelésről, a törvényben meghatározott körben annak körülményeiről.

Tudomásom van arról, hogy személyes adataim kezelése (továbbítása) ellen tiltakozhatom akkor, ha az kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Tiltakozhatom továbbá abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. A Biztosító mint adatkezelő köteles bejelentésemet a törvény előírása szerint kivizsgálni és engem írásban tájékoztatni.

Jogaim megsértése esetén, a Biztosító mint adatkezelő ellen bírósághoz, az adatvédelmi biztoshoz és a Biztosító belső adatvédelmi felelőségéhez fordulhatok. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni igazolt káromat annyiban, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

Önkéntes és határozott hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító az "ügyfél adatlap biztosítási szerződés megkötéséhez" elnevezésű nyomtatványon feltüntetendő adatok (név, születési név, születés dátuma, születés helye, lakóhelye, anyja neve) pontos rögzítése céljából személy azonosításra alkalmas iratokról, illetve a lakcímet igazoló hatósági igazolványomról - az adatok rögzítéséhez szükséges körben - másolatot készítsen.

Amennyiben ezen pontban foglaltakhoz nem járul hozzá, kérjük, hogy azt a sor végén található mezőben jelezni szíveskedjék.

4.) Felhatalmazom azokat az igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek a szerződéssel kapcsolatos ügyekben eljárak, valamint azokat a biztosítókat, amelyek azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelnek, hogy a kockázat elbírálásához, a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a K&H Biztosító Zrt.-nek továbbítsák.

5.) Életbiztosítás esetén kijelentem, hogy a Biztosító tájékoztatását - miszerint a biztosítási szerződés feltételeként meghatározott orvosi vizsgálataim eredményeit az egészségügyről szóló törvény értelmében az adott szolgáltatónál megtekinthetem - megkaptam.

- 6.) A biztosítási esemény bekövetkezésének esetére önkéntes és határozott hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító a személyes és különleges adataim azon részét, amely a kárigény elbírálásához elengedhetetlenül szükséges, a kár rendezését vagy annak elbírálását végző megbízottja részére átadja.
- 7.) Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító személyes és különleges adataim azon részét, amely a kiszervezett tevékenység elvégzéséhez elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító részére kiszervezett tevékenységet végző adatkezelőnek és adatfeldolgozó személynek átadja, és az adatokat a megbízott személy - ideértve a külföldit is - kezelje illetve feldolgozza. Ezen személyekkel szemben ugyanolyan jogok illetnek meg (biztosítási titok megőrzése, stb.), mint a Biztosítóval szemben. A kiszervezett tevékenységet végzők aktuális listájáról a Biztosító ügyfélszolgálatá ad felvilágosítást.

Amennyiben a biztosítási szerződés megkötése során képviselőtemben független biztosításközvetítő járt el, hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító ezen biztosításközvetítő felé a biztosítási szerződésre vonatkozó adatokat átadja.

- 8.) Jelen Nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Biztosító adataimról és a biztosítási szerződésekre vonatkozó adatok teljes köréről tájékoztassa a K&H Márkacsoportot (K&H Bank Zrt., K&H Csoportszolgáltató Kft., K&H Értékpapír Befektetési Alapkezelő Zrt., K&H Biztosító Zrt., K&H Lízingscsoport {csoport tagjai: K&H Pannonlízing Zrt., K&H Autófinanszírozó Zrt., K&H Eszközfinanszírozó Zrt., K&H Eszközlízing Kft., K&H Autópark Kft., K&H Alkusz Kft., K&H Lízing Zrt., K&H Lízingház Zrt., K&H Ingatlanlízing Zrt.}, K&H Medicina Egészségpénztár, K&H Nyugdíjpénztárak) kockázat-elbírálási, nyilvántartási és statisztikai célból. Tudomásom van arról, hogy jelen hozzájáruló nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

Amennyiben ezen pontban foglaltakhoz nem járul hozzá, kérjük, hogy azt a sor végén található mezőben jelezni szíveskedjék!

- 9.) A személyes adatok védelmével, kezelésével kapcsolatos tájékoztatás csak természetes személyekre vonatkozik.

kelt.: ,  év  hó  nap

Szerződő (Biztosított)  
vagy képviselőjük aláírása

#### nyilatkozat az egészségügyi adatok kezeléséről

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az egészségügyi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157.§ (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159.§ (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosult számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl.: háziorvos) és szervezeteket (pl. kórház, egyéb egészségügyi intézmény, társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

kelt.: ,  év  hó  nap

Szerződő (Biztosított)  
vagy képviselőjük aláírása

#### adatvédelmi nyilatkozat és tájékoztató

A Szerződő (Biztosított) hozzájárulását adja, hogy a Biztosító a K&H Márkacsoport tagjai részére a Szerződő (Biztosított) fentiekben megadott személyes adatait, valamint a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozó adatait átadja abból a célból, hogy a Biztosító és a márkacsoporti tagok szolgáltatásaikkal a Szerződőt (Biztosítottat) közvetlenül keressék meg - telefonon, postai és elektronikus úton - annak érdekében, hogy a Szerződő (Biztosított) igényei magasabb szintű kielégítést nyerjenek. A Biztosító biztosítja, hogy a K&H Márkacsoport tagjai gondoskodnak az adatoknak a jogszabályokban meghatározott feltételeknek megfelelő biztonságos megőrzéséről. A Szerződő (Biztosított) kifejezi, hogy a fentiekben megadott hozzájárulása önkéntes és megfelelő tájékoztatáson alapul, továbbá tudomással bír arról, hogy hozzájárulása a Biztosító bármely elérhetősége felé intézett nyilatkozattal bármikor visszavonható. A Szerződő (Biztosított) az adatkezelésről felvilágosítást kérhet a márkacsoport bármely tagjától, valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését.

Fenti nyilatkozat aláírásának elmaradása nem jelenti a korábban kötött szerződés(ek) során adott hozzájárulás visszavonását.

kelt.: ,  év  hó  nap

Szerződő (Biztosított)

Szerződő (Biztosított) törvényes képviselője

