

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Anyja születési neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:

1. Alulírott, tudomásul veszem, hogy a Provident Pénzügyi Zrt. mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítási szerződést (a továbbiakban: „szerződés”) kötött egymással, mely szerződés keretén belül a szerződő a biztosítási védelmet rám, mint biztosítottra kiterjeszti.

2. Tudomásul veszem, hogy a biztosító az egészségi állapotommal 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, a velem illetve az egészségi állapotommal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez nem járultam hozzá, illetve melynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

3. Annak érdekében, hogy a szerződés biztosítottja lehessenek, hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben velem kapcsolatban tudomására jutott adatokat kezelje, illetőleg a szolgáltatás megfelelőségének ellenőrzése céljából – indokolt esetben – a szerződő részére továbbítsa, valamint, hogy ezen adatokat a szerződő biztosítotti jogviszonyom időtartama alatt ugyanezen célból kezelje, illetve a biztosító részére továbbítsa. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító az adataimat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa.

4. Kijelentem, hogy a szerződésbe annak hatálya alatt szerződőként nem lépek be.

5. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozat aláírása előtt a Biztosítási Feltételeket megismertem és átvettem, megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól, a szerződés főbb jellemzőiről.

6. Alulírott kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.

7. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatom annak visszavonásáig hatályos.

8. Tudomásul veszem, hogy a jelen Nyilatkozatom írásban vonható vissza, a fenti adataim megadásával, a szerződő részére címezve.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított

A biztosítás szolgáltatásainak igénybevételére rajtam kívül még az alábbi családtagjaim jogosultak kedvezményezettként:

1. Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Anyja születési neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:

2. Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Anyja születési neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:

3. Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Anyja születési neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:

4. Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Anyja születési neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:

Előttünk mint tanúk előtt:

1.

2.

Aláírás:

Aláírás:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím: