

ADAT- ÉS TITOKVÉDELMI NYILATKOZAT

Kárszám: _____

Nyilatkozatot tevő érintett, a biztosítási szerződés szerződő félnek nem minősülő **biztosított**jaként, vagy a biztosítási szerződés **kedvezményezett**jeként, vagy a kárbiztosítási szerződés alapján igényt érvényesítő, szerződő félnek és biztosítottnak nem minősülő **jogosult**ként, vagy felelősségbiztosítási szerződés alapján igényt érvényesítő **károsult**ként, vagy korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy **törvényes képviselő**jeként kijelentem, hogy a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű tájékoztatót, amely a www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/ oldalon található megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztató ismeretében teszem meg.

A KÁRBAN ÉRINTETT ADATAI:* (Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni)

Neve: _____
Születési neve: _____
Anyja neve: _____
Születési helye, ideje: _____ Év _____ hó _____ nap
Állandó lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Alulírott érintett (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselője) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és kifejezett hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. (biztosító) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése (kárrendezés) céljából a kárrendezéshez szükséges, általam megadott, vagy a kárrendezéssel összefüggésben a biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje.

Igen** Nem***

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap _____
az érintett (törvényes képviselője) saját kezű aláírása*

Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni, amely nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét.

Tudomásul veszem, hogy hozzájárulás hiányában a biztosító az igényt/kérelmet/követelést nem tudja elbírálni, annak megalapozottságát nem tudja megállapítani, így ennek hiányában a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

érintett (törvényes képviselője) saját kezű aláírása

a megbízott /hozzátartozó saját kezű aláírása

Ha nem a sérült a kárigény bejelentője a megbízott, a hozzátartozó, korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a törvényes képviselő

Neve: _____
Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó
Telefonszáma: _____ / _____

* Kérjük, hogy amennyiben megbízottként, hozzátartozóként, korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselőként tölti ki a jelen nyilatkozatot, saját adatait szíveskedjen az oldal alján megadni.

** Kérjük hozzájárulása esetén az Igen választ szíveskedjék egyértelműen megjelölni.

*** Ha nem járul hozzá, akkor a Nem választ szíveskedjék egyértelműen megjelölni.

Az érintett (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a törvényes képviselője) a jelen nyilatkozatokat csak személyesen jogosult megtenni.