

**Kedvezményezetti nyilatkozat csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosításhoz**

| SZERZŐDŐ | | | |
|----------|-----------------------------------------|----------------|------------|
| Név: | Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara | Szerződésszám: | 1600012001 |

| A BIZTOSÍTOTT ADATAI | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Név: | | | |
| Anyja neve: | | | |
| Születési idő, hely: | | | |
| Állandó lakcíme: | | | |

Alulírott, mint biztosított **halálom esetére kedvezményezettként** az alábbi személyeket jelölöm:

| 1. KEDVEZMÉNYEZETT | | | |
|----------------------|--|------------|------------------------------------------------------------------|
| Név: | | Részarány: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Anyja neve: | | | |
| Születési idő, hely: | | | |
| Levelezési cím: | | | |
| E-mail cím: | | | |
| Telefonszám: | | | |

| 2. KEDVEZMÉNYEZETT | | | |
|----------------------|--|------------|------------------------------------------------------------------|
| Név: | | Részarány: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Anyja neve: | | | |
| Születési idő, hely: | | | |
| Levelezési cím: | | | |
| E-mail cím: | | | |
| Telefonszám: | | | |

| 3. KEDVEZMÉNYEZETT | | | |
|----------------------|--|------------|------------------------------------------------------------------|
| Név: | | Részarány: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Anyja neve: | | | |
| Születési idő, hely: | | | |
| Levelezési cím: | | | |
| E-mail cím: | | | |
| Telefonszám: | | | |

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szolgáltatása teljesítése érdekében az egészségi állapotommal összefüggő adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozónak továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé.

Alulírott Biztosított nyilatkozom, hogy megfelelő felhatalmazással rendelkezem a megjelölt Kedvezményezett(ek) adatainak megadására. Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

Jelen nyilatkozatommal felmentem az orvosi titoktartási kötelezettség alól azon személyeket, akik a biztosított egészségi adatait jogszabályi vagy szerződéses felhatalmazás alapján kezelik, így különösen a kezelőorvost (ideértve a háziorvost és szakorvost is), szakértőt, egészségügyi szolgáltatót vagy intézményt, egészségügyi állami szerveket, mentőszolgálatot felmentem az orvosi titoktartás alól. Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

Kelt: _____ 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap

Biztosított aláírása

Érvényesség: 2023. december 1-től

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, Pf.: 325
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021