

## BIZTOSÍTÁSI CSOMAGRA ÉS OPCIONÁLIS FEDEZETEKRE VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT az Allianz Egészségprogramhoz

### A SZERZŐDŐ ADATAI:

Szerződésszám: \_\_\_\_\_  
Családi és utónév: \_\_\_\_\_  
Lakcím, ennek hiányában \_\_\_\_\_ helység,  
tartózkodási hely: \_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
Telefonszáma (vezetékes): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefonszáma (mobil): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Nem természetes személy szerződő esetén

Jogi személy neve és rövidített neve: \_\_\_\_\_  
Székhely/magyarországi fióktelep címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
Fő tevékenységi kör: \_\_\_\_\_  
Képviselőre jogosultak neve, beosztása: \_\_\_\_\_  
Családi és utónév: \_\_\_\_\_ Beosztás: \_\_\_\_\_  
Családi és utónév: \_\_\_\_\_ Beosztás: \_\_\_\_\_  
Kézbesítési megbízott adatai:  
Családi és utónév: \_\_\_\_\_  
Lakcím, ennek hiányában \_\_\_\_\_ helység,  
tartózkodási hely: \_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
Telefonszám (vezetékes): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefonszám (mobil): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Cégjegyzékszám/határozati, nyilvántartási szám: \_\_\_\_\_ Adószám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésben a szerződési feltételek értelmében az alábbi, a biztosítási csomagokra és opcionális fedezetekre vonatkozó rendelkezés(ek)e)t kérem végrehajtani. <sup>2,3</sup>

- új biztosított és rá vonatkozóan új biztosítási csomag és/vagy opcionális fedezet(ek) jelölése,<sup>4</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan biztosítási csomag és/vagy opcionális fedezet(ek) választása,<sup>4</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan az opcionális fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatása,<sup>5</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a biztosítási csomag és/vagy az opcionális fedezetek megszüntetése,<sup>6</sup>  
 biztosított jelölésének visszavonása a szerződésből.<sup>7</sup>

### BIZTOSÍTOTT ADATAI:<sup>1</sup>

Azonos a szerződővel

Családi és utóneve: \_\_\_\_\_ Neme:  férfi  nő  
Születési neve:<sup>8</sup> \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
Anyja születési neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye: \_\_\_\_\_ ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Lakcíme, ennek hiányában \_\_\_\_\_ helység,  
tartózkodási helye: \_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
Levelezési címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
Telefonszáma (vezetékes): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefonszáma (mobil): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> A rendelkezés faxon és e-mailben nem továbbítható. <sup>2</sup> Megfelelő rész jelölendő (x jellel). <sup>3</sup> A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(oka)t kitölteni. <sup>4</sup> A szerződés tartama alatt biztosítási csomag a biztosítási évfordulóval, opcionális fedezet valamely hónap első napjával választható. <sup>5</sup> Az opcionális fedezet biztosítási összegének emelésére valamely hónap első napjával, csökkentésére a biztosítási évfordulótól van lehetőség. Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartalmazzák. <sup>6</sup> A biztosítási csomag és az opcionális fedezetek megszüntetésére a biztosítási évfordulótól van lehetőség. <sup>7</sup> A biztosított a biztosítási évfordulóval vonható vissza a szerződésből. <sup>8</sup> Előző név, leánykori név.



- A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A rehabilitációs ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a Fekvőbeteg ellátásra szóló csomag szolgáltatását.

Tudomásul veszem, hogy a Fekvőbeteg ellátásra szóló csomaggal összefüggő célból a biztosító meghatározott gyakorisággal továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatás megszervezésével összefüggésben a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy az ellátásszervező továbbítja adataimat (név, születési idő, lakcím, mobilszám), továbbá az egészségügyi szolgáltatás megszervezéséhez szükséges egyéb – indokolt esetben különleges – személyes adataimat a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek részére.

Tudomásul veszem azt is, hogy amikor az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező adataimat a vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja.

Tudomásul veszem, hogy az biztosító az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező az általam megadott e-mail címre vagy postai címre küldi el.

Tudomásul veszem, hogy ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor megtagadom az egészségügyi dokumentáció továbbadását az ellátásszervező részére, akkor az igénybe vett szolgáltatás díját köteles vagyok kifizetni.

Tudomásul veszem, hogy a Fekvőbeteg ellátásra szóló csomagban foglalt szolgáltatáshoz szükséges egészségügyi adatok kezelése során a biztosító a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként a Teladoc Hungary Kft.-t mint ellátásszervezőt bízza meg.

A biztosított nemleges válasza esetén a biztosító jelen rendelkező nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja.

Biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Járóbeteg és fekvőbeteg ellátásra szóló csomag választása esetén

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul veszem, hogy a Járóbeteg és fekvőbeteg ellátásra szóló csomag az alábbi fedezeteket tartalmazza, melyek között a biztosító egészségügyi adatokat kezel:

- A szűrővizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az Orvosi Call Center szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A járóbeteg-ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A labor- és standard diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fejelet diagnosztikai ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az egynapos sebészeti ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A műtétet megelőző vizsgálatokra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A második orvosi véleményre szóló egészségbiztosítási fedezet
- A fekvőbeteg ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- A rehabilitációs ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet
- Az orvosi asszisztencia szolgáltatásra szóló egészségbiztosítási fedezet

Nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a Járóbeteg és fekvőbeteg ellátásra szóló csomag szolgáltatását.

Tudomásul veszem, hogy a Járóbeteg és fekvőbeteg ellátásra szóló csomaggal összefüggő célból a biztosító meghatározott gyakorisággal továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatás megszervezésével összefüggésben a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy az ellátásszervező továbbítja adataimat (név, születési idő, lakcím, mobilszám), továbbá az egészségügyi szolgáltatás megszervezéséhez szükséges egyéb – indokolt esetben különleges – személyes adataimat a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek részére.

Tudomásul veszem azt is, hogy amikor az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező adataimat a vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja.

Tudomásul veszem, hogy az biztosító az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező az általam megadott e-mail címre vagy postai címre küldi el.

Tudomásul veszem, hogy ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor megtagadom az egészségügyi dokumentáció továbbadását az ellátásszervező részére, akkor az igénybe vett szolgáltatás díját köteles vagyok kifizetni.

Tudomásul veszem, hogy a Járóbeteg és fekvőbeteg ellátásra szóló csomagban foglalt szolgáltatáshoz szükséges egészségügyi adatok kezelése során a biztosító a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként a Teladoc Hungary Kft.-t, mint ellátásszervezőt bízza meg.

A biztosított nemleges válasza esetén a biztosító jelen rendelkező nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja.

Biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatok

Alulírott biztosított igazolom, hogy a személyes adatok és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatban, az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatokban rögzített – akaratomnak megfelelő – válaszokat én adtam, a nyilatkozatokat én tettem.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító kezeli és továbbítja az ajánlatban megadott a szerződési feltételekben meghatározott adataimat – a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. mint szolgáltató részére, az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással összefüggésben.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító honlapján írásban feltett kérdéseimet e-mailen továbbítja a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, és az együttműködő partnerei a szerződő, illetve a biztosított által megadott e-mail címre küldik el.

A biztosított nemleges válasza esetén a biztosító az nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja.

Tudomásul vesszük, hogy a Teladoc Hungary Kft., mint szolgáltató az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei alapján a bejövő telefonhívásokat

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

rögzíti annak érdekében, hogy a biztosítási szolgáltatást teljesítse és biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

Tudomásul veszem, hogy az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a biztosítási csomag részeként vehető igénybe, a szerződés keretében önállóan nem érhető el és a biztosítási csomagtól függetlenül nem szüntethető meg.

Biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Második orvosi szakvélemény szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozat

Alulírott biztosított kijelentem, hogy igénybe kívánom venni a második orvosi szakvélemény szolgáltatást.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító és a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. mint adatfeldolgozó minősülő egészségügyi szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. Amennyiben a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció továbbításához nem járul hozzá, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását visszautasíthatja.

Tudomásul veszem, hogy a fedezettel összefüggő célból a biztosító kezeli és meghatározott gyakorisággal az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi szolgáltató az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a második orvosi szakvéleményt kiállítónak a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató az általam megadott e-mail címre vagy postai címre elküldi.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az egészségügyi szolgáltató úgy ítéli meg, hogy az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmas orvos, egészségügyi intézmény az Európai Unió területén kívül található, úgy kizárólag a biztosított hozzájárulása alapján továbbíthatja a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait.

Tudomásul veszem, hogy ha a szolgáltatás igénybevételehez szükséges adatok fentiek szerinti továbbadását megtagadom, akkor a szolgáltatást nem vehetem igénybe. Tudomásul veszem, hogy a Teladoc Hungary Kft.-t a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg.

Tudomásul veszem, hogy a Második orvosi szakvélemény szolgáltatás a biztosítási csomag részeként vehető igénybe, a szerződés keretében önállóan nem érhető el és a biztosítási csomagtól függetlenül nem szüntethető meg.

A biztosított nemleges válasza esetén a biztosító jelen rendelkező nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja.

Biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Nyilatkozat az opcionális fedezetek választásáról

Alulírott szerződő kijelentem, hogy a nyilatkozatban foglalt opcionális fedezeteket választom és kérem, hogy azok választható fedezetként kapcsolódjanak a szerződéshez. Tudomásul veszem, hogy a szerződés megkötésétől számított biztosítási év végéig érvényben marad a fedezet, amelynek tartama évente

automatikusan meghosszabbodik, amennyiben egyik fél sem mondja fel a szerződést. Az évfordulót követően a következő évfordulóra jogosult vagyok a fedezetet felmondani.

#### Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló opcionális fedezet választása esetén

Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő opcionális egészségbiztosítási fedezet szolgáltatását.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtása során a biztosító szerződött partnere, az ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft. mint szolgáltató a telefonbeszélgetéseket rögzíti, erről a tényről a biztosítottat a szolgáltatás igénybevétele előtt minden esetben tájékoztatja. A rögzített telefonbeszélgetéseket a biztosító, valamint szolgáltató a Bit. által meghatározott ideig kezeli, a kiszervezett tevékenység keretei között, és az Európai Parlament és a Tanács 2016/679/ rendelete (Általános Adatvédelmi Rendelet, GDPR) alapján továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) alapján.

Tudomásul veszem, hogy a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló opcionális fedezettel összefüggésben a biztosító kezeli és meghatározott gyakorisággal a szolgáltató részére továbbítja az opcionális egészségbiztosítási fedezet szerződési feltételeiben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja a biztosítottnak a szerződési feltételekben meghatározott adatait.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító és a szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzze, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően.

Tudomásul veszem, hogy ha a szolgáltatás igénybevételekor megtagadom az egészségügyi dokumentáció továbbadását a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére, úgy a biztosítási szolgáltatást nem vehetem igénybe.

Tudomásul veszem, hogy az ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft.-t a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg.

A biztosított nemleges válasza esetén a biztosító jelen rendelkező nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja.

Biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

A fentiek ismeretében alulírott szerződő a biztosítási szerződési feltételekben foglaltak szerint a jelen nyilatkozatommal kezdeményezem a biztosítási szerződés megváltoztatását. Igazolom, és aláírásommal hitelesítem, hogy a jelen nyilatkozatot én tettem, az abban foglalt adatokat, és a biztosító kérdéseire adott válaszokat, nyilatkozatokat én adtam meg. Ezen adatok, válaszok, nyilatkozatok helyességét, valamint akaratomnak megfelelő voltát ellenőriztem. Alulírott biztosított hozzájárulok a biztosítási szerződésnek a jelen nyilatkozatban foglalt megváltoztatásához.

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem, hogy a fent megjelölt szerződés-számú biztosítás megkötése során megkaptam a most igényelt biztosítási csomagra és/vagy opcionális fedezetre vonatkozó ügyfél-tájékoztatót, szerződési feltételeket, ezek mellékleteit melyeket a most igényelt biztosítási csomagra és/vagy opcionális fedezetre vonatkozóan irányadónak tekintek és az

abban foglaltakat ismételtelen elfogadom.

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem továbbá, hogy a jelen rendelkező nyilatkozat megtétele előtt átvettem és megismertem az alábbi szerződési feltételeket és az abban foglaltakat elfogadom.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő saját kezű aláírása<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

Biztosítási csomag neve

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

Opcionális fedezet neve

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Szerződési feltételek nyomtatványszáma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő saját kezű aláírása<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

#### Személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatok

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben és ügyfél-tájékoztatóban elhelyezett, a személyes adatok és a különleges személyes adatok, és a biztosítási titok kezelésére vonatkozó tájékoztatót megismertem, tudomásul vettem. Igazolom, hogy az ajánlatban és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatban a válaszokat én adtam, a nyilatkozatokat én tettem a fenti tájékoztató ismeretében, ezek megfelelnek az akaratomnak. Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen ajánlatban rögzített egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatban a megadott e-mail címenem vagy telefonon keresztül tájékoztasson.

Kijelentem, és aláírásommal hitelesítem, hogy a jelen rendelkező nyilatkozat az adatok kezelésével és továbbításával kapcsolatban az akaratomnak megfelelő válaszokat, nyilatkozatokat tartalmaz. A jelen nyilatkozatban feltett kérdésekre adott válaszaim (ideértve a biztosított egészségi nyilatkozat kérdéseire adott válaszait is) a valóságnak megfelelnek. Tudomásom van arról, hogy jelen rendelkező nyilatkozat lezárását követően annak tartalmát hozzájárulásom nélkül semmilyen körülmények között nem lehet módosítani.

szerződő:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Különleges adatok kezelése nyilatkozat

Ezúton önként és határozottan hozzájárulok, hogy a biztosító a biztosítási csomag, illetve opcionális fedezet létrejöttéhez szükséges kockázat-elbírálás, valamint a biztosítási szerződés hatálya alatt, illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából az egészségi állapotomra vonatkozó személyes illetőleg különleges adatról tájékoztatást kérjen, ezen orvosi dokumentumokba, nyilvántartásokba betekintést nyerjen és az adatokat tartalmazó dokumentumokról másolatot készítsen.

Elfogadom, hogy a biztosítási csomag, illetve opcionális fedezet létrejöttéhez a biztosító jogosult egészségügyi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni és kijelentem, hogy amennyiben a biztosító orvosi vizsgálatot rendel el, úgy a kockázatelbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak alávetem magamat.

Önként és határozottan kijelentem, hogy felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségbiztosítási szolgáltatás iránti igény teljesítéséhez szükséges egészségügyi adataimat, illetve a gyógykezeléseimmel összefüggő egyéb adataimat házi orvosomtól, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK), Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivataltól, Magyar Államkincstártól (MÁK), a társadalombiztosítási kifizetőhelytől és mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, illetőleg szervezetektől amelyek, illetve akik a személyemre vonatkozó egészségügyi adatot, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek a biztosító részére beszeresse.

Jelen hozzájárulásaimmal felmentem a felsorolt szerveket, személyeket a biztosítóval szemben az ajánlat alapján létrejövő biztosítási szerződéssel összefüggően, az őket terhelő titoktartás alól. Felhatalmazásom a felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyes illetőleg különleges adatra vonatkozik.

Tudomásul veszem, hogy az Allianz Hungária Zrt. – a biztosítási szerződés hatálya alatt illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben továbbá a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából – adataimat kezeli, nyilvántartja és tájékoztatást kérhet, betekinthez a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációba, nyilvántartásokba.

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. <sup>3</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.

Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt betekintsen valamennyi orvosi dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

#### Nyilatkozat automatizált kockázatbírálásról

Tudomásul veszem, hogy a biztosító a jelen rendelkező nyilatkozat elfogadásáról automatizált kockázat-elbírálás során dönthet. Automatizált eljárásban dönthet továbbá biztosítási időszakonként egy alkalommal a szerződési feltételekben foglaltak alapján a díj vagy a személybiztosítási összegek módosításáról (indexálás), amelyről a szerződő részére értesítést küld. A jelen rendelkező nyilatkozatban, az egészségi nyilatkozatban és a szerződésben foglalt adatokkal végzett automatizált döntéshozatal logikája alapján végzett kiértékelés eredménye hatással lehet a biztosítási szerződés díjára.

Tudomásul veszem az automatikus döntéshozattal (ideértve a profilalkotást is) kapcsolatos alábbiakban felsorolt jogaimat:

- jogosult vagyok emberi beavatkozást kérni a biztosító telefonos ügyfélszolgálatán keresztül a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es telefonszámon, vagy személyesen, az ügyfélkapcsolati pontokon vagy biztosításközvetítőnél.
- kifejeztem álláspontomat vagy kifogásomat a fenti elérhetőségeken kívül

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő saját kezű aláírása<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

#### Biztosítói és ügynöki adatkezelési nyilatkozat

Alulírott biztosított ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a biztosító és a biztosításközvetítője a biztosítási csomag, illetve opcionális fedezet létrejötte, nyilvántartása, és a biztosítási

szolgáltatás teljesítése céljából különleges személyes adataimat (egészségügyi adataimat) kezelje.

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő saját kezű aláírása<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

#### Nyilatkozat marketing célú közös adatkezeléshez való hozzájárulásról

Hozzájárulok, hogy elsőik között értesüljek az Allianz Csoport akcióiról, nyere-ményjátékairól, új termékeiről és szolgáltatásairól. Az Allianz figyel arra, hogy semmiképp sem terheljen túl nagy számú megkereséssel. Személyes adataimat mindig a legnagyobb gondossággal kezeli.

A részletes adatkezelési tájékoztatót a [www.allianz.hu/adatvedelem](http://www.allianz.hu/adatvedelem) oldalon találok, ahol az adatvédelmi bejelentések gombra kattintva a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

szerződő:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő saját kezű aláírása<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

A fenti nyilatkozatot átvettem:<sup>2</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
képviselt cég neve

\_\_\_\_\_  
eljáró neve

\_\_\_\_\_  
azonosító

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. <sup>3</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.