

Szerződő/biztosított neve, címe: \_\_\_\_\_

Azonosító száma (KeresőMédia Kedvezménykártya száma): \_\_\_\_\_

Alulírott az Üzleti Center Kft.-vel kötött, KeresőMédia Kedvezménykártyára vonatkozó szerződés alapján az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) részére a következő nyilatkozatot teszem:

Mint az Üzleti Center Kft. (a továbbiakban: szerződő) által kötött csoportos baleset-biztosítási szerződés KeresőMédia Kedvezménykártyához biztosítottja hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a szerződő – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – személyes adataimat, valamint a KeresőMédia Kedvezménykártyára (továbbiakban: kártya) vonatkozó szerződéssel kapcsolatos – a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – adatokat az UNION Biztosítónak átadja,
- a biztosító a személyes adataimat, valamint az egészségi állapotommal, illetve a kártya-szerződéssel kapcsolatos – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatokat beszerezzé, nyilvántartsa, valamint kezelje.

Szerződő/biztosított tudomásul veszi:

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezzé és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol 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 jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Felhatalmazza azokat a biztosítókat, amelyek a biztosítottra vonatkozóan azonos vagy összefüggő kockázatú biztosításokat kezelnek, hogy a kockázat elbírálásához, a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák, hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító rendelkezésére bocsájtott adatokat az kezelje.

Elhunyt személy adatairól az örökös rendelkezhet.

A biztosító az egészségi állapottal 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, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

Alulírott biztosított felmentem a titoktartás alól a szerződőt a fenti adatoknak az UNION Biztosító részére történő átadása vonatkozásában; visszavonhatatlanul kijelentem, hogy a biztosítási szerződésbe annak hatálya alatt szerződként nem lépek be.

Továbbá kijelentem, hogy jelen nyilatkozat aláírása előtt a szerződőtől megfelelő tájékoztatást kaptam a csoportos biztosítási szerződés jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól, a biztosításra vonatkozó Biztosítási Feltételeket megismertem, az Ügyfél-tájékoztatót átvettem, és mindezt aláírással igazolom.

Tudomásul veszem, hogy a fentieknél bővebb tájékoztatást közvetlenül a biztosítótól kaphatok.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, balesettel, kóros állapottal vagy veleszületett rendellenességekkel (a továbbiakban együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről tudomással bírtam.

Kijelentem, hogy nem vagyok rokkantnyugdíjas, nem részesülök rehabilitációs járadékban.

Jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten és visszavonhatatlanul felhatalmazom az Üzleti Center Kft.-t arra, hogy a biztosítónál kötött szerződése alapján, díjfizetési kötelezettsége teljesítése érdekében a biztosítás díját rám áthárítsa.

Alulírott kijelentem, hogy a jelen Csatlakozási nyilatkozatban tett nyilatkozataim megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
szerződő/biztosított aláírása

A biztosító tájékoztatja a biztosítottat, hogy a biztosítási szerződés kapcsán tudomásukra jutott adatokat a Bit. 153–161. §-a alapján biztosítási titokként kezeli.

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**