



Kedvezményezett nyilatkozat csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosításhoz

SZERZŐDŐ					
Név:				Szerződésszám:	
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: %
Anyja neve:				
Születési idő, hely:				
Levelezési cím:				
E-mail cím:				
Telefonszám:				
2. KEDVEZMÉNYEZETT				
Név:				Részarány: %
Anyja neve:				
Születési idő, hely:				
Levelezési cím:				
E-mail cím:				
Telefonszám:				
3. KEDVEZMÉNYEZETT				
Név:				Részarány: %
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

NY013/08-A/01