

Károsulti nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséről

Kárszám:	
KÁROSULT NYILATKOZATA	
Károsult neve:	Károsult születési neve:
Születési helye, dátuma:	Anyja születési neve:
NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL	
Mint károsult, a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Bp., Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) részére hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezelje és nyilván tartsa. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli. Felhatalmazom továbbá a biztosítót, hogy a fenti cél elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilván tartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. § és a 147-151. § meghatározott jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilván tartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a háziorvosomat, kezelőorvosomat valamint az egészségügyi ellátásomban részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott, a fenti célok eléréséhez az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálozásom esetén is kiadják. Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, vagy telefonon a 06 1 458 4200 számon, postai úton (postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Bp. Pf. 260.) vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt-től bármikor tájékoztatást kérhet a fenti személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja. Szeretnénk felhívni figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.	
Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adatok, az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes információkat a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) elolvastam és megértettem.	

Helység:	Dátum:
Károsult saját kezű aláírása²:	

²kiskorú esetén a törvényes képviselő aláírása és neve