



**Kedvezményezetti nyilatkozat csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosításhoz
A Magyar Posta Zrt. munkavállalói részére**

| 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: | <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: | | | |

Felhatalmazom a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-t a kedvezményezetti nyilatkozat és a nyilatkozatban megosztott személyes adataim tárolására, illetve kezelésére.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szolgáltatása teljesítése érdekében az egészségi állapotommal összefüggő adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozóknak 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.

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 szervezetet, mentőszolgálatot felmentem az orvosi titoktartás alól.

Egyben hozzájárulok ahhoz, hogy mindezen személyek az egészségi állapotommal kapcsolatban vagy egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomásukra jutott személyes adataimat és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó egészségi adataimat a biztosítónak és adatfeldolgozóinak további adatkezelés és feldolgozás céljából átadják.

Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

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

Biztosított aláírása

Érvényesség: 2022. január 1-től

Ügyfélszolgálat:

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

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