



**Adatkezelési hozzájárulás
különleges adatok kezeléséhez**

Alulírott

név:

születési idő, hely:

anyja neve:

lakcím:

az előzetes, részletes tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával önkéntesen, befolyásmentesen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a céljából a szerződésszámú/kárszámú ügyvel kapcsolatosan az általam megadott, vagy a **CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.** (székhelye: 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület; cégjegyzékszám: Cg. 01-10-046150; a továbbiakban, mint: „Biztosító”) tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítónak nem áll módjában a kár-/szolgáltatási igényt elbírálni, az ezzel kapcsolatos eljárást lefolytatni, melynek eredményeként a szolgáltatás nyújtását a biztosítási szerződésben, illetve jogszabályban rögzített esetekben a Biztosító megtagadhatja.

Tudomásul veszem továbbá a tájékoztatást, miszerint a hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

A Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem.

Kelt: (hely), 20.

Nyilatkozattevő