



NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ADAT KEZELÉSÉHEZ

A Biztosító írásba foglalt „**ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ A kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási személyi sérüléssel kapcsolatos adatkezeléshez**” (a továbbiakban: Adatkezelési tájékoztató) dokumentum tartalmának megismerése alapján ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és kifejezett hozzájárulásomat, hogy a Wáberer Hungária Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (a továbbiakban: Biztosító) rendelkezésére bocsátott, a személyemet érintő egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumokat¹ a Biztosító a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási szerződés alapján őt terhelő, a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló 2009. évi LXII. törvényben meghatározott szolgáltatási kötelezettsége teljesítése céljából, az Adatkezelési tájékoztatóban megjelölt ideig és módon kezelje.

Kelt: _____, | _ | _ | _ | _ | év | _ | _ | hó | _ | _ | nap

Érintett személy² saját kezű olvasható aláírása

Képviselő³ saját kezű olvasható aláírása

Képviselő jellegének megjelölése

¹ Kérjük az egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumoknak a nyilatkozat következő oldalán való felsorolását vagy külön íven történő megnevezését.

² Érintett a gépjárművel okozott balesetben megsérült személy, továbbá a baleset olyan, a megsérült személytől eltérő érintett károsultja, aki a megsérült személlyel fennálló hozzátartozói viszony alapján érvényesít igényt.

³ Képviselő: a törvényes képviselő, az ügyleti képviselő, az ügyeinek vitelében akadályozott személy képviselője, az eseti gondnok, az eseti gyám. A Biztosító felkérésére a képviselői minőséget igazolni kell.

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.