



NYILATKOZAT SZEMÉLYES ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK KEZELÉSÉHEZ ADOTT HOZZÁJÁRULÁS VISSZAVONÁSÁRÓL

Kárszám:

Alulírott:.....

Levelezési cím:.....

mint a 20 év hónap napján bekövetkezett kisállattartói felelősségbiztosítási káresemény károsultja, akként nyilatkozom, hogy az alábbiakban megjelölt személyes kapcsolattartási adataimnak, és az egészségügyi adataimat tartalmazó dokumentumoknak¹ a Wáberer Hungária Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság általi kezeléséhez adott hozzájárulásomat visszavonom².

- Telefonszám
- E-mail cím
- Egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumok (külön felsorolva, vagy külön íven csatolva)

A megjelölt személyes kapcsolattartási adataim és/vagy az egészségügyi adataimat tartalmazó külön felsorolt dokumentumok kezeléséhez adott hozzájárulásom visszavonása az Általános Adatvédelmi Rendelet 7. cikk (3) bekezdésére figyelemmel nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Érintett személy³ saját kezű olvasható aláírása

Képviselő⁴ 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 A visszavonási szándékát a jelölőnégyzetben elhelyezett „X” betűjellel vagy „V” szimbólum bejelölés alkalmazásával jelezze.

³ Érintett a biztosítási esemény károsultja, ideértve a személyiségi jogában megsértett személyt is, aki sérelemdíjat követel az őt ért nem vagyoni sérelemtől.

⁴ 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.