

Nyilatkozat adatkezeléshez való hozzájárulásról kárrendezési eljárás során

Alulírott

Név:

Születéskori név (ha más mint az előző):

Születés dátuma (Év,Hó,Nap):

Születési hely:

Képviselt szervezet neve:

1. Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Rt. a balesetben érintett gépjárművem korábbi sérüléseire vonatkozó adatokat a társbiztosítóktól kikérje és ezúton felhatalmazom valamennyi biztosító társaságot, hogy a balesetben érintett gépjárművem valamennyi káreseményére és biztosítási szerződéseire vonatkozó információt a Magyar Posta Biztosító Rt.-nek kárrendezési célból átadja.

2. Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Rt. a baleset többi résztvevőjének más biztosító társaságoknál (társbiztosítók) fennálló casco-, kötelező gépjármű felelősség-biztosítási szerződéseinek, vagy az én ilyen szerződéseim kapcsán, a társbiztosítóknál a jelen káresemény következtében meginduló kárrendezési eljárások lefolytatásához szükséges adatokat a társbiztosítóknak átadja ill., hogy az ilyen módon átadott adatokat a társbiztosítók a kárrendezési eljárásaik során kezeljék.

3. Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Magyar Posta Biztosító Rt. személyazonosító igazolványomról és a kárrendezéshez szükséges egyéb iratokról a kárrendezési eljárás lefolytatása érdekében másolatot készítsen, vagy az általam készített másolatot kezelje.

Az alábbi két pontra csak akkor vonatkozik a felhatalmazásom, amennyiben a baleset kapcsán személyi sérülésem történt:

4. Hozzájárulok, hogy a káresemény kapcsán bekövetkezett sérüléseimmel kapcsolatban a Magyar Posta Biztosító Rt. az egészségügyi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából kezelje és azokat a kárrendezési iratokkal együtt nyilvántartsa.

5. Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Rt. kezelőorvosaimat megkeresse és azokat felhatalmazom, hogy egészségügyi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából a Magyar Posta Biztosító Rt.-nek kiadják.