

Egészségi Nyilatkozat

A) Kijelentem, hogy

- életkorom 18–65 év közötti,
- egészséges vagyok (megállapított krónikus betegség következtében nem szedek rendszeresen gyógyszert, illetve nem állok orvosi kezelés alatt),
- nem vagyok keresőképtelen állományban, és az elmúlt 12 hónap során sem voltam több mint 30 egymást követő napon keresőképtelen állományban.
- nincs testi, szellemi fogyatékoságom, sem súlyos testi vagy érzékszervi hibám;
- nem vagyok HIV-pozitív;
- nem vagyok rokkantsági nyugdíjas, baleseti vagy rehabilitációs járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas; nincs meg-állapított munkaképesség-csökkenésem, és nem is nyújtottam be munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelmet
- nem vagyok és nem voltam alkohol- vagy kábítószer élvező.
- az ajánlati dokumentáció részét képező egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek.

B) Csak „Emelt” szolgáltatási csomag esetén:

Kijelentem továbbá, hogy rendelkezem legalább 3 hónapja folyamatosan fennálló, teljes munkaidőre szóló munkaviszonnyal, nem állok felmondás alatt, továbbá munkaviszonyom jövőbeli megszűnésére vonatkozóan semmilyen információ nem áll a rendelkezésemre, arról értesítést sem kaptam. Munkahelyem – legjobb tudomásom szerint – nem áll felszámolás vagy csődeljárás alatt.

A fenti bekezdésben foglalt nyilatkozat rám vonatkozóan megfelel a valóságnak.

Egészségügyi Adatkezelési nyilatkozat

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a Raiffeisen Személyi Kölcsön Hitelfedezeti Védelem csoportos Biztosítás Feltételei (továbbiakban: „Biztosítási Feltételek”) VIII.1. pontjai tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével:

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettségsértést alapoz meg. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a Biztosítási Feltételek (<https://www.raiffeisen.hu/-/hitelfedezeti-vedelem>) Adatkezelés, adatvédelem pontját elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.