

Családi és utónév: \_\_\_\_\_  
Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_  
Anyja születési neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely, idő: \_\_\_\_\_  
Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

**Suzuki Klubok Egyesülete**

1. Alulírott tudomásul veszem, hogy \_\_\_\_\_ mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosításra biztosítási szerződést (a továbbiakban: „szerződés”) kötött egymással, mely szerződés keretén belül a biztosítási védelmet a személyemre is kiterjeszti.
2. Tudomásul veszem, hogy a biztosító az egészségi állapotommal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
3. Annak érdekében, hogy a szerződés biztosítottja lehessen, hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben velem kapcsolatban tudomására jutott adatokat kezelje, illetőleg a szolgáltatás megfelelőségének ellenőrzése céljából – indokolt esetben – a szerződő részére továbbítsa, valamint, hogy ezen adatokat a szerződő ugyanezen célból kezelje, illetve a biztosító részére továbbítsa. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító az adataimat a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben meghatározott célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa.
4. Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségi állapotommal összefüggő egészségi adataim, amelyek a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával összefüggenek, a biztosító kezelje.
5. Jelen nyilatkozat aláírásával felmentem az orvosi titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik mint biztosítottat megvizsgáltak, kezeltek, továbbá felhatalmazom azokat a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, OEP-et, más hatóságokat (pl. mentőszolgálat, rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, valamint felhatalmazom azokat a biztosítókat, amelyek a biztosítottakra vonatkozóan azonos vagy összefüggő kockázatú biztosításokat kezelnek, hogy a kockázat elbírálásához, a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák.
6. Kijelentem, hogy a szerződésbe annak hatálya alatt szerződőként nem lépek be.
7. Vállalom, hogy a biztosítási jogviszony alapján támasztott bármely igényemet közvetlenül a biztosító felé nyújtom be, az alapul szolgáló biztosítási esemény bekövetkezésétől számított nyolc (8) napon belül, írásban, a szerződőtől átvett Igénybejelentőn, a Biztosítási Feltételekben előírt dokumentumok (személyi igazolvány és lakcímkártya másolata, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egyéb iratok) kíséretében. A biztosító elérhetősége karbejelentés esetére:
  - a) írásban vagy telefonon:  
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.  
1082 Budapest, Baross u. 1., Tel.: (06-1) 486-4343
  - b) személyesen:  
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.  
Központi Ügyfélszolgálati Iroda, 1134 Budapest, Váci út 33.
8. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozat aláírása előtt a biztosítási feltételeket megismertem és átvettem, megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól és a szerződés főbb jellemzőiről.
9. Alulírott kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
10. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatom annak visszavonásáig hatályos.
11. Tudomásul veszem, hogy a jelen Nyilatkozatom írásban vonható vissza, a fenti adataim megadásával, a szerződő részére címezve.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_  
biztosított aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

1. Aláírás: _____	2. Aláírás: _____
Név: _____	Név: _____
Lakcím: _____	Lakcím: _____