

Kérelem és hozzájárulás előzetes egészségügyi kockázatelbíráláshoz

Az UniCredit Bank Jelzáloghiteléhez kapcsolódó csoportos biztosítási szerződéshez (a csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés és az iránymódó biztosítási feltételek száma: UC-JZH-1)

Alulírott Ügyfél jelen kérelem és nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az UniCredit Bank Hungary Zrt-nél (székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., a továbbiakban: Bank) jelzáloghitel igénylésem van folyamatban. Az igényelt jelzáloghitelre vonatkozó szerződés megkötése esetén szándékomban áll a Bank és a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44., továbbiakban: Biztosító) között fennálló – jelzáloghitelre vonatkozó – csoportos hitelfedezeti biztosítási szerződés (a továbbiakban: Biztosítási Szerződés) hatálya alá biztosítottként belépni. Ezúton kérem a Biztosítót, hogy a folyamatban lévő jelzáloghitel igénylésemre tekintettel végezze el az előzetes egészségügyi kockázatelbírálását, és annak eredményéről engem és a Bankot tájékoztassa .

Ügyfél személyi adatai:

Név:					
Születési név:					
Születési hely:					
Születési idő:	év:		hónap:		nap:
Anyja születési neve:					
Személyi igazolvány betűjele, száma:					
Állandó lakcím:					
Telefonszám (lehetőleg mobil)*:					

**Kérjük, hogy olyan telefonszámot adjon meg, melyen napközben – egészségügyi kockázatelbírálás céljából – elérhető.*

Az Ügyfél Bankhoz benyújtott jelzáloghitel igénylésének azonosítói

Hitelkérelem egyedi azonosítója (EzY azonosító):	
Hitelkérelem befogadásának napja:	
Igényelt hitel összege:	
Igényelt hitel célja:	
Igényelt hitel típusa:	

Adatkezelési tájékoztató (banki adatkezelés): Az adatkezelés az Ügyfél önkéntes, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) 5. § (1) a) pontjában foglalt hozzájárulásán alapul. Az adatkezelés célja hitelügyintézés, továbbá kockázatelemzés és értékelés, a jövőbeni banki veszteségek elkerülése, valamint az Ügyfél Biztosítási Szerződésbe történő belépésével kapcsolatban az előzetes egészségügyi kockázatelbírálás lefolytatása. A személyes adatok köre a jelen kérelemben megadott adatok. Az adatkezelésre jogosult a Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 5-6., adatvedelem@unicreditgroup.hu, www.unicreditbank.hu), mely a jelen kérelemben megadott adatokat SFTP kapcsolaton keresztül továbbítja a Biztosítónak (1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.; generali.hu@generali.com www.generali.hu) mint további adatkezelőnek. Az adatkezelés időtartama hitelezési vagy egyéb jogviszony kialakulása esetén az ügyfélkapcsolat megszűnésétől számított 8 év, egyébként a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény (Hpt.) 166/A. § (1) bekezdés (2) bekezdése alapján 5 év. Az adatok megismerésére a Bank és a Biztosító munkavállalói a munkakörükbe tartozó feladatok teljesítéséhez szükséges mértékben jogosultak. A Bank megfelelő informatikai, szabályozási és egyéb eszközökkel biztosítja az adatok biztonságát. Az Ügyfél személyes adatai kezeléséről a Banktól tájékoztatást kérhet, kérheti személyes adatai helyesbítését, zárolását, törlését, illetve jogsérelem esetén tiltakozhat azok kezelése ellen, továbbá a Bank belső adatvédelmi felelőséhez a Bank fenti elérhetőségén, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (ugyfelszolgalat@naih.hu; 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C.; +36-1-391-1400; www.naih.hu), valamint bírósághoz (választás szerint a lakóhely vagy tartózkodási hely szerinti törvényszékhez is) fordulhat.

Adatkezelési tájékoztató (Biztosító általi adatkezelés):

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A megadott személyes adatokat a Biztosító munkavállalói, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére szolgáltatási szerződések alapján adatfeldolgozási-vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges mértékben. A szolgáltatók felsorolását a Biztosító honlapján (www.generali.hu) elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

A Biztosító a megadott személyes adatokat - ideértve az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatokat is- a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szolgáltatással összefüggésben keletkezett, számviteli bizonylatnak minősülő dokumentumokat a Biztosító a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169.§ -a alapján legalább 8 évig őrzi meg

A Biztosító kérelemre, a jogszabályban meghatározott határidőn belül köteles tájékoztatást adni a kezelt személyes adatokról, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, adatvédelmi incidens esetén az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az adatok továbbítása esetén - az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

Bármikor kérhető a személyes adatok helyesbítése, továbbá – jogszabály által meghatározott adatkezelések kivételével– az adatok zárolása vagy törlése, továbbá törvényben meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. Amennyiben a személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye áll fenn, úgy az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság felé bejelentést tehet, illetve a személyes adatok védelméhez fűződő jogok megsértése esetén bírósághoz fordulhat

Az Ügyfél személy egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

1. Alulírott felhatalmazom a Biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a Biztosítási Szerződés, illetve biztosított jogviszony megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a Biztosítási Szerződésből, illetve biztosított jogviszonyból származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló törvény biztosítási titokra vonatkozó rendelkezései alapján, a törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa, és az előzetes kockázatbírálás eredményéről a Bankot tájékoztassa. Egyúttal a Biztosítóval szemben felmentem a jogszabályi felhatalmazás alapján személyes és egészségügyi adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket (társadalombiztosítási szerveket), illetve személyeket (így különösen a Bankot, a Biztosításközvetítőt, az egészségügyi intézetet, az orvost, a munkáltatót) az ezen adatokra vonatkozó titoktartási kötelezettségük alól az egészségi kockázatbíráláshoz szükséges mértékben és célból.

2. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, melynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Hozzájárulások

Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, illetőleg felhatalmazást adok arra, hogy

- a Hpt. 161. § (1) bekezdésében foglaltak alapján a Bank a jelen nyilatkozaton megadott - banktitoknak minősülő - adataimat az előzetes egészségügyi kockázatbírálás lefolytatása céljából a Biztosítónak átadja;
- a Bank a személyes adataimat a banki adatkezelésre vonatkozó tájékoztató szerint kezelje;
- a Biztosító a személyes adataimat a Biztosító általi adatkezelésre vonatkozó tájékoztató szerint kezelje.

Kelt: _____

Ügyfél

Alulírott tanúk kijelentjük, hogy a jelen okiratba foglalt nyilatkozatokat az Ügyfél előttünk írta alá.

	Tanú 1.	Tanú 2.
Aláírás:
Név:
Lakcím:

Az UniCredit Bank Hungary Zrt. nevében átvettem.

Kelt:
Ügyintéző :
Aláírás: