

EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ ADATOK
FELDOLGOZÁSÁT ÉRINTŐ EGYZEMÉNY

Életbiztosításra vagy élet- és munkanélküliségi biztosításra vonatkozó kötvény közvetítése esetén, továbbá amennyiben a Bank által kínált szolgáltatásokat az ügyirathoz csatolt, Ön által más biztosító társasággal kötött független biztosítási kötvény által kívánja igénybe venni, felhívjuk figyelmét, hogy a lentiekben pontosított céllal intézményünk feldolgozza az Ön egészségügyi állapotára vonatkozó érzékeny/különleges, személyes jellegű adatokat (különösen a kérvény feldolgozása, a szerződéses jogviszony fenntartása, a biztosítási kötvény kiállításával és/vagy kezelésével kapcsolatos megfelelőségi kritériumok ellenőrzése/vizsgálata során).

Az ilyen jellegű személyes jellegű adatok teljeskörűen és helyes adatokkal való szolgáltatásának megtagadása vagy ellehetetlenítése esetén a Bank nem tudja rendelkezésére bocsátani/közvetíteni a hitelterméket / igényelt biztosítást és ennek megfelelően ellehetetleníti a hiteltermékre/biztosításra vonatkozó kérvényét érvényesítő szerződéses jogviszony létrehozását.

MEGÉRTETTEM, BELEEGYZEM:

NEM EGYZEM BELE:

Érintett személy [Család- és keresztnév, személyi azonosítószáma (CNP) és aláírás]

Dátum: _____

.....

Felhívjuk figyelmét, hogy jogában áll bármikor *visszavonni beleegyezését**, anélkül, hogy ez bármilyen hátránnyal járna. A jogszabályi előírásoknak megfelelően, a beleegyezés visszavonása nem befolyásolja a Bank által, a beleegyezés visszavonása előtt teljesített adatfeldolgozás törvényes jellegét. Amennyiben visszavonja beleegyezését, biztosítjuk arról, hogy a továbbiakban intézményünk nem dolgozza fel egészségügyi állapotára vonatkozó érzékeny/személyes jellegű adatait, azonban felhívjuk figyelmét, hogy ilyen esetben, ez tekinthető a kötelező életbiztosítással egybekötött hitelszerződés megszüntetésére vonatkozó alapfeltétel megsértésének, amennyiben a Bank által kínált ilyen jellegű hitelterméket választotta.

Az egészségügyi állapotára vonatkozó érzékeny/személyes jellegű adatainak feldolgozására vonatkozó egyezmény (beleegyezés) visszavonása érdekében kérjük jelentkezzen intézményünk bármely aleggységének székhelyén vagy használja az office@otpbank.ro elektromos levelezési címünk vagy bármely, a www.otpbank.ro weblapján elérhető bármely elérhetőséget, továbbá amennyiben a jelen formanyomtatványt kitöltve és aláírva, a lentiekben részletezettek szerint is kívánja leadni:

VISSZAVONOM BELEEGYZÉSEM:

Érintett személy [Család- és keresztnév, személyi azonosítószáma (CNP) és aláírás]

Dátum: _____

**Biztosítjuk arról, hogy kifogásolási jogának gyakorlásával előterjesztett kérvényét a megfelelően kitöltött és aláírt formanyomtatvány érvényesítését követően iktatjuk.*

