



## **Biztosítotti adatkezelési hozzájáruló nyilatkozat az Aegon egészségbiztosításokhoz az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár részére**

Alulírott ..... biztosított (amennyiben a biztosított kiskorú vagy vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú, akkor a szülő vagy törvényes képviselő.....), lakcíme (ennek hiányában tartózkodási helye) irányítószám ....., település ....., utca ..... házsám....., születési helye, ideje: ....., adóazonosító jele: ....., anyja születési neve: .....

az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18.; adószám: 18189072-1-41) tagja vagy bejelentett szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhely: 1022 Budapest, Bimbó u. 18.), mint szerződő részemre, mint biztosított az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt-nél (székhely: 1091 Budapest, Üllői út 1., a továbbiakban: biztosító) Csoportos személybiztosítási szerződést kössön, a szerződéskötéshez és szolgáltatáshoz szükséges adataimat (biztosított/pénztártag neve, titulusa, születési ideje és helye, édesanyjának születéskori neve, neme, lakcíme, e-mail címe, telefonszáma, pénztári tagsági azonosító száma, adóazonosító jele és a választott biztosítási csomag adatai) a nyilvántartásából a biztosító/ellátásszervező részére továbbítsa.

Dátum: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
aláírás

Tanú 1:

Tanú 2:

Név:

Név:

Lakóhely:

Lakóhely:

Aláírás:

Aláírás: