

I. Fontos információk

Sorszám: _____

- a) A szerződéses nyomtatványok, továbbá a Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosítóra (továbbiakban: Biztosító) és a fent megadott azonosítójú biztosítási szerződésre (továbbiakban: Szerződés) vonatkozó dokumentumok (együttesen a továbbiakban: Szerződéses Dokumentumok) az alábbiak: Ügyfél- és Terméktájékoztató, Termékismertető, Medicover csoportos Egészségbiztosítási Általános Feltételek és annak részét képező csoportos egészségbiztosítás Szolgáltatások Listája (továbbiakban együtt: Feltételek).
- b) Szerződő a Szerződéses Dokumentumokban szereplő előzetes írásbeli tájékoztatás és a lenti 2) pontban adott hozzájárulás alapján a jelen Nyilatkozaton megadott személyt belépteti a Szerződésbe. Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan töltsd ki az üresen hagyott mezőket.

Biztosítottra vonatkozó biztosítás: Csoportos kockázati (és állományi) egészségbiztosítás

Jelen Nyilatkozat a dokumentum elején megadott azonosítójú biztosítási szerződés (a Szerződés) részét képezi.

- Biztosított kijelenti, hogy a jelen Nyilatkozaton általa közölt információk teljesek, a valóságnak mindenben megfelelnek. Biztosított tudomásul veszi és elfogadja, hogy a személyes adataiban, elérhetőségeiben bekövetkezett változásról a változás napjától számított 8 napon belül köteles a Biztosítót írásban tájékoztatni, és hogy a bejelentés határidőn belüli elmulasztásából fakadó - esetleg felmerülő - kárért Biztosítót felelősség nem terheli.
- Alulírott Biztosított hozzájárulását adja, hogy a Szerződésbe Biztosítottként belépessék, és hogy e-mailben Szerződő a szolgáltatás nyújtásához szükséges alábbi személyes adatokat is megadja a Biztosítónak: Biztosított neve, állampolgársága, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma(i).
- Biztosított tudomásul veszi, hogy amennyiben Szerződővel illetve Díjfizetővel fennálló munkaviszonyának, megbízás viszonyának megszűnése illetve más érdekumúlást jelentő esetben (különösen a Szerződés megszűnése esetét), ennek bekövetkezése hónapjának a végével a Biztosítóval fennálló biztosítási jogviszonya is megszűnik. Biztosított egyben tudomásul veszi, hogy a Szerződés rá kiterjedő személyi hatályának megszűnésével egyidejűleg a Szerződés keretében biztosított Családtagiakra is megszűnik a biztosítási jogviszony a Szerződés tekintetében.
- Biztosított kijelenti, hogy az Ügyfél- és Terméktájékoztatóban, a Termékismertetőben, a Szerződésre vonatkozó hatályos Feltételekben és a jelen Nyilatkozatban foglaltakat megismerte és elfogadta, tudomásul véve, hogy jogvita esetén a magyar nyelvű változat szövegezése az irányadó. Biztosított kijelenti, hogy a Biztosító főbb adatairól, a Szerződés szabályairól, a Biztosító fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységének elérhetőségéről, felügyeleti szervének megnevezéséről és székhelyéről, valamint az adatkezelésről előzetes tájékoztatást kapott. Biztosított kijelenti továbbá, hogy előzetes tájékoztatást kapott arról, mely szervekkel szemben nem terheli a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Biztosítót. Az előzetes tájékoztatást a Feltételek és annak részét képező Adatkezelési Tájékoztató tartalmazza. A Biztosító törvény alapján köteles a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat biztosítási titokként kezelni, a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- Biztosított felhatalmazza a Biztosítót, hogy a Szerződés megkötésével, módosításával, a Biztosított Szerződésbe való beléptetésével illetve belépésével, a Szerződés fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges személyes adatait és a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adatait az egészségbiztosítási szerződés teljesítése céljából (e célból különösen Medicover Zrt.-től) a Biztosító írásbeli kéréssel, az adatok és az adatkérelmés céljának, jogalapjának megadásával beszerelje, nyilvántartsa és ebben a körben felhasználja. Biztosított az egészségügyi adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (különösen háziorvos) és szervezeteket (különösen társadalombiztosítási vagy más biztosítási, egészségpénztári szerv), egészségügyi szolgáltatókat (különösen Medicover Zrt.-t) a jelen Nyilatkozatban meghatározott célú felhasználásra a Biztosító irányában felmenti a titoktartási kötelezettségük alól.
- Biztosított ezúton hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi adatait a Biztosító az egészségbiztosítási szerződés megkötése, módosítása, megszüntetése és teljesítése, szolgáltatási igény elbírálása, fedezettség ellenőrzése, igazolása, kárrendezés, elszámolás, igény érvényesítése, azzal szembeni védekezés céljából, a biztosítási jogviszony fennállásának ideje alatt, és ezt követően mindaddig kezelje, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Biztosított továbbá hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító az általa kezelt egészségügyi adatokat egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából, ahhoz szükséges körben a Medicover Zrt. részére átadja.
- Biztosító a Biztosított jelen Nyilatkozaton és a korábban általa vagy a Szerződő által a Szerződés megkötésével összefüggésben megadott, egészségügyi adatnak nem minősülő személyes adatait (pl.: személyazonosító és elérhetőségi adatait), az egészségbiztosítási szerződés megkötése, módosítása, megszüntetése és teljesítése, igény érvényesítése, azzal szembeni védekezés és jogszabálynak való megfelelés céljából kezeli. A Biztosító az egészségügyi adatokat előbbieken kívül szolgáltatási igény elbírálása, fedezettség ellenőrzése, igazolása, kárrendezés, elszámolás céljából kezeli. Az adatkezelés a jelen Nyilatkozat aláírásával a Biztosítottal létrejövő egészségbiztosítási szerződés teljesítése érdekében, továbbá jelen Nyilatkozaton megadott hozzájárulás és jogi kötelezettség alapján történik (adatkezelés jogalapja), a biztosítási jogviszony fennállásának ideje alatt, és ezt követően mindaddig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető (elévülési ideig). A jelen Nyilatkozaton (az egészségbiztosítási szerződés alapján) megadott személyes adatok hiányában nem nyújtható biztosítási szolgáltatás.
- Biztosított tudomásul veszi és elfogadja, mint Kedvezményezett, hogy a biztosítás terhére igénybe vett egészségügyi szolgáltatás finanszírozását (biztosítási szolgáltatás) a Biztosító számla ellenében közvetlen a Medicover Zrt. illetve az egészségügyi ellátást nyújtó fél részére teljesíti.
- A Biztosító rögzíti, hogy a személyes adatokat nem továbbítja az EU-n kívüli harmadik országba és az adatokat automatizált döntéshozatal céljából nem használja fel. A Biztosító az általa kezelt személyes adatok meghatározott körét ellátásszervező (Medicover Zrt.) részére továbbítja, továbbá különösen dokumentumarchiválási, irattárolási szolgáltatást, és szerverszolgáltatást nyújtó adatfeldolgozó részére, adatfeldolgozási szerződés alapján. Továbbá a Biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott célok körében az ott meghatározott szabályok szerint köteles az arra jogosultak számára az adatokat továbbítani.
- Biztosított a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban tájékoztatást kérhet személyes adatainak kezeléséről, kérheti hibásan szereplő személyes adatainak helyesbítését, kérheti személyes adatainak törlését, joga van az adatkezelés ellen tiltakozni, annak korlátozását kérni, ill. hozzájárulását visszavonni, joga van az adathozordozáshoz, és jogai érvényesítése érdekében bírósághoz, hatósághoz fordulhat; utóbbi tekintetében az alábbi elérhetőségeken: Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11. levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9., E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu, Telefonszám: +36 (1) 391-1400, Honlap elérhetősége: http://naih.hu. A Biztosító adatvédelmi tisztviselője és elérhetőségei: Salamon Ildikó, E-mail cím: dpo@medicover.hu, Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29-31.
- Biztosított kijelenti, hogy a fentiekben továbbá a www.medicover.hu oldalon található, a Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe és a Medicover Zrt. részletes adatkezelési tájékoztatójában foglaltakat megismerte.

Kelt: Budapest, 2023.11.30. (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Biztosított Neve és lakcíme	Szül. dátuma (év/hó/nap)	TAJ száma	Csomagnév	Kockázatviselés kezdete	Aláírás
	-----	-----	Spring White Classic	2024.01.01.	