

Szerződés azonosítója

cégnév/kötvényszám: _____

Sorszám: ____

1. Fontos információk

- a) A Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosítóra (továbbiakban: Biztosító) és a fent megadott azonosítójú biztosítási szerződésre (továbbiakban: Szerződés) vonatkozó **Szerződéses Dokumentumok** a Spring és Medicover csoportos Egészségbiztosítás Általános Feltételek és az annak részét képező Medicover Szolgáltatások Listái (továbbiakban együtt: **Feltételek**), az **Ügyfél- és Terméktájékoztató, a Termékmértető, valamint a jelen Nyilatkozat**.
Kérjük, a jelen dokumentum kitöltése és aláírása előtt olvassa el a **Szerződéses Dokumentumokat**.
- b) Alulírott **Díjfizető** Biztosított jelen dokumentum aláírásával kijelenti, hogy a Biztosítónál a jelen Nyilatkozaton rögzítettek szerint, a Szerződéses Dokumentumokban szereplő előzetes írásbeli tájékoztatás alapján a jelen dokumentumban jelzett személyekre magra és/vagy családtagjaira, mint Biztosított(ak)ra vonatkozóan vállalja a biztosítási díj fizetését.
- c) **Díjfizető** Biztosított kijelenti, hogy a Szerződéses Dokumentumokat megismerte, és tudomásul veszi, hogy a díjak legalább egy éven át fizetendők minden választott csomagra és megadott Biztosítottokra vonatkozóan, és a biztosítás kizárólag legalább egy teljes éves díjfizetés után és kizárólag biztosítási év végére az évfordulót megelőző 30 nappal korábban beérkezett felmondási nyilatkozattal mondható fel. Ha a Szerződés, illetve a Szerződés a Biztosított vonatkozásában egy éven belül vagy nem biztosítási időszak végén szűnik meg, akkor a Biztosító az éves díjat követelheti a jelen Biztosított Nyilatkozatában megadott Biztosítottakra és biztosítási csomagjukra vonatkozóan. Ha az egyéni díjfizetésű kiegészítő csomag bármely okból megszűnik, és ezt követően a biztosított Munkavállaló újra kiegészítő csomagot igényel saját magára vagy bármely Családtagjára, a Biztosító a Biztosított Munkavállaló ismételt nyilatkozata alapján a biztosítási kockázatot nem köteles befogadni.
- d) **Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan, nyomtatott latin betűkkel töltse ki az üresen hagyott mezőket.**
A *-gal jelölt részek kitöltése kötelező. A nem teljes körű adatközlés késelelemhez vezethet. Mindkét oldalt szükséges aláírni!

2. Díjfizető (munkavállaló) adatai*

Díjfizető neve*																											
MRN Tagazonosító*																											
Születési idő*					év					hó				nap	Telefonszám*												
Állandó lakcím*	Irányítószám												Település														
	Utca, házszám																										
Levelezési cím* <i>(ha nem egyezik meg a Díjfizető lakcímével)</i>	Irányítószám												Település														
	Utca, házszám																										
Bankszámlaszám* (amely számláról a díjat utalják)																	-										
Számlatulajdonos neve*																											
E-mail cím*																											

Díjfizetés határideje: ellenkező megállapodás hiányában a díjak annak az időszaknak az első napjáig esedékesek, amely időszakra a díjak vonatkoznak.

3. Díjfizetés módja: Átutalás *(A megfelelőt kérjük jelölje és a megfelelő bankszámlaszámra utaljon!)*

- közvetlenül a Medicover Biztosító részére** kívánom befizetni a biztosítás díját
Bankszámlaszám és rövid név: Medicover, **12001008-01362726-00100006** (Raiffeisen Bank)
- a Medicover Egészségpénztáron keresztül** kívánom a díjat kiegyenlíteni, a Pénztárba való belépést vállalom.
Bankszámlaszám és név: Medicover Egészségpénztár, **12001008-01667874-00100002** (Raiffeisen Bank)
Medicover Egészségpénztár keresztül történő fizetésnél – amennyiben még nem tagja a Pénztárnak – egyszeri 2.000 Ft egyszeri befizetés szükséges.
Fontos előny: 20% adókedvezmény jár a befizetett összegre, amely a következő évben realizálható megtakarítást jelent.
Részletek a Kitöltési útmutatóban.

Kérjük, a biztosítási díjat jelen nyilatkozat aláírásának napján utalja át a választása szerinti megfelelő bankszámlára!

Kérjük, az utalás közleményében feltétlenül adja meg a Díjfizető Biztosított Tagazonosítóját (MRN) nevét; Medicover Egészségpénztáron keresztül történő fizetés esetén a pénztártagi azonosítót vagy születési dátumot.

A későbbi díjak esetén közleményben is ezeket vagy a díjról kiállított számla számát (azonosítóját) adja meg átutalásos fizetéseikor.

Díjfizetés kezdőnapja: a kockázatviselés kezdete (belépés napja), ami ellenkező megállapodás hiányában hó elseje.

Éves díj a Biztosítottakra választott csomagok - az esetleg alkalmazott kedvezmények és/vagy pótdíjak figyelembevételével számított - éves díjainak összege.

4. Választott fizetési gyakoriság*: Éves díjfizetés

Záradék: _____

Jelen Nyilatkozat a dokumentum elején megadott azonosítójú csoportos egészségbiztosítás (a Szerződés) részét képezi.

- 1) Alulírott Díjfizető Munkavállaló/Biztosított (kiskorú esetén, annak képviselében törvényes képviselő; továbbiakban együttesen: Biztosított) kijelenti, hogy a jelen Nyilatkozaton általa közölt információk teljesek, a valóságnak mindenben megfelelnek. Biztosított egyben tudomásul veszi és elfogadja, hogy 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.

Aláírás napja*: ____ / ____ / ____ (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Díjfizető Munkavállaló aláírása*

- Biztosított tudomásul veszi és hozzájárulását adja ahhoz, hogy a jelen Nyilatkozaton rögzítettek szerint, a Szerződéses Dokumentumokban szereplő előzetes írásbeli tájékoztatás alapján őt, mint Biztosítottat, a Szerződésbe Biztosítottként beléptessék, rá vonatkozóan a biztosítási szerződés hatályát kiterjesszék. Alulírott Biztosított hozzájárulását adja ahhoz is, hogy Szerződő vagy Díjfizető/Díjfizető Munkavállaló a szolgáltatás nyújtásához szükséges alábbi adatokat is megadja a Biztosítónak: Biztosított neme, állampolgársága, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma(i).
- Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy Szerződő vagy Díjfizető/Díjfizető Munkavállaló egyoldalú jognyilatkozattal kezdeményezze kiléptetését, biztosítási jogviszonyának megszüntetését. Biztosított egyben tudomásul veszi, hogy amennyiben biztosított Díjfizető Munkavállaló biztosítási jogosultsága megszűnik Szerződővel, illetve Díjfizetővel, illetve más érdekümlást jelentő esetben (különösen a Szerződés megszűnése esetét), ennek bekövetkezése hónapjának a végével a Biztosítóval fennálló biztosítási jogviszonya is megszűnik. Biztosított tudomásul veszi, hogy a Szerződésbe Szerződőként való belépése kizárt.
- 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, ha ilyen van. 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 írásban. Biztosított kijelenti továbbá, hogy írásban előzetes tájékoztatást kapott arról, mely szervekkel szemben nem terheli a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Biztosítót. Az előzetes írásban adott tájékoztatást a Feltételek és annak részét képező Adatkezelési Tájékoztató tartalmazza. **A Biztosító a törvény alapján köteles a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban tudomására jutott biztosítási titoknak minősülő adatokat biztosítási titokként kezelni, a biztosítási titkok 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 Medcover Zrt.-től) a Biztosító írásbeli kéréssel, az adatok és az adatkérés céljának, jogalapjának megadásával beszerezze, 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 Medcover 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 Medcover 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 adatok 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, mint a Szerződés Kedvezményezettje, hogy a biztosítás terhére igénybe vett egészségügyi szolgáltatás finanszírozását (biztosítási szolgáltatás), a Biztosító számla ellenében közvetlen a Medcover Zrt. illetve az egészségügyi ellátást nyújtó fél részére teljesítse.
- 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 ellátásszervezője (Medcover Zrt.) részére továbbítja, továbbá különösen dokumentumarchiválási, irattárolási szolgáltatást, és szerverszolgáltatást nyújtó adatfeldolgozó részére, adatfeldolgozási szerződés alapján. Továbbá a Biztosító a biztosítási tevékenységéről 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 adathordozáshoz, 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 Medcover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe és a Medcover Zrt. részletes adatkezelési tájékoztatójában foglaltakat megismerte.

Kérjük, töltsé ki hiánytalanul és olvashatóan a táblázatot, és írjanak alá a Biztosítottak is a táblázat utolsó oszlopában, az e célból kijelölt helyen. Kiskorúak helyett a törvényes képviselő (szülő) ír alá. Aláírás nélkül nem érvényes a Biztosított Nyilatkozata!

Munkavállaló / Családtag Biztosított neve* és lakcíme*	Születési dátuma (év/hó/nap)* és TAJ szám	Csomag neve*	Csomag éves alapdíja (Ft/fő)*	Kockázatviselés kezdete* (belépés napja)	Munkavállaló / Családtag aláírása*
név	szül. dátum			20__-__-__01.	
cím	TAJ szám				
név	szül. dátum			20__-__-__01.	
cím	TAJ szám				

** Egészségpénztáron keresztül fizetésnél a Biztosító által kiállított számláján szereplő díj 5% kedvezményt tartalmazhat.

A megjelölt családtagot szolgáltatásra jogosultként be kell jelenteni a Medcover Egészségpénztárba is. Új belépő pénztártagként egyszeri 2.000 Ft befizetés szükséges. Fontos előny: a pénztári befizetés után 20% adókedvezmény járhat, mely a következő évben realizálható megtakarítás. Részletek a Kitélési útmutatóon.

Aláírás napja*: ____/____/____ (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Díjfizető Munkavállaló aláírása*

Kérjük, a hiánytalanul kitöltött és aláírt dokumentumot küldje meg a Biztosítónak az alábbi címre:

Medcover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe (Medcover Biztosító), 1134 Budapest, Váci út 29-31.

Ha a Medcover Egészségpénztáron keresztül szeretné fizetni a biztosítás díját, ne felejtse a pénztári **Belépési nyilatkozatot**, **Felhatalmazó nyilatkozatot** és az okmánymásolatokat sem elküldeni. Részletek: www.medicoverep.hu/biztositas

Kitöltési útmutató

Csatlakozási Nyilatkozat csoportos kockázati egészségbiztosításhoz
(Egyéni díjfizetésű Medicover kiegészítő biztosítás igényléséhez)

- Kérjük a nyilatkozatot hiánytalanul és olvashatóan, **nyomtatott latin betűvel töltsé ki.**
- **A *-gal jelölt részek kitöltése kötelező.** A nem teljes körű adatközlés késedelemhez vezethet.
- A nyilatkozat **mindkét oldalát szükséges aláírni!**
- Díjfizetés módjánál a nyilatkozaton **jelölje aláhúzással, hogy milyen konstrukcióban szeretné a díjat kiegyenlíteni**
 - ! közvetlenül a **Medicover Biztosító részére** vagy
 - ! a **Medicover Egészségpénztáron** keresztül
 - Fontos tudnivaló, hogy Medicover Egészségpénztári belépés és díjfizetés esetén szükséges még
 - a Pénztári [Belépési nyilatkozat](#),
 - a [Felhatalmazó nyilatkozat](#) és az
 - okmánymásolatok beküldése is, valamint
 - a Belépési nyilatkozaton a biztosításba **bevont családtagot szolgáltatásra jogosultként be kell jelenteni.**
 - Az Egészségpénztári belépést indíthatja a csatlakozástól függetlenül is.
- **A biztosítási díjat a nyilatkozat aláírásának napján utalja át** a választása szerinti megfelelő bankszámlára!
- **Utalásnál ügyeljen arra, hogy milyen díjfizetést választott**
 - ! **Közvetlen a Biztosító részére** történő utalás esetén
 - Medicover, **12001008-01362726-00100006** (Raiffeisen Bank)
 - Utalás közleményében adja meg a Díjfizető Biztosított Tagazonosítóját (MRN) nevét;
 - ! **Medicover Egészségpénztári** utalás esetén
 - Medicover Egészségpénztár, **12001008-01667874-00100002** (Raiffeisen Bank)
 - Utalás közleményében adja meg pénztártag nevét, pénztártagi azonosítóját vagy születési dátumát
 - Új belépő pénztártagként **egyszeri 2.000 Ft befizetés** szükséges.
 - Fontos előny: a pénztári befizetés után 20% adókedvezmény járhat, mely a következő évben realizálható megtakarítás. Egészségpénztáron keresztül történő díjfizetés esetén **20% adókedvezmény vehető figyelembe** a teljes befizetett összegre, a befizetés évét követően.
 - További részletek: www.medicoverep.hu/biztositas