

Biztosítotti csatlakozási nyilatkozat – csoportos utasbiztosítás

Biztosított neve: _____

Biztosított születési dátuma: _____

Anyja születési neve: _____

Telefonszám: 06 - _____

E-mail: _____@_____

Választott csomag (Kérjük, választását jelölje x-szel!):

- :
- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Bázis | ☐ |
| Prémium | ☐ |
| Bázis + Tréner kiegészítő | ☐ |
| Prémium + Tréner kiegészítő | ☐ |

Biztosítás szerződője: Magyar Sí Szövetség

(rövid név: Magyar Sí Szövetség.; székhely: 1146 Budapest, Istvánmezei út 1-5.; Bírósági bejegyzés száma: 16.Pk.60.154/2001; adószáma: 18158263-2-42)

Jelen nyilatkozatommal Biztosítottként csatlakozom a Szerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1., cégjegyzékszám: 01-10-041566, adószám: 10491984-4-44, továbbiakban: Biztosító) között a fenti kötvényszámon létrejött csoportos utasbiztosítási szerződéshez. Megismertem és jelen nyilatkozat elfogadásával egyidejűleg elfogadom a csoportos utasbiztosítási szerződés ügyféltájékoztatóját és feltételeit, és hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rám kiterjedjen.

Kijelentem, hogy

- jogosult vagyok magyarországi társadalombiztosítási ellátásra, vagy egyéb Magyarországon történő gyógykezelés költségeinek kiegyenlítésére alkalmas biztosítással rendelkezem;
- életvitelszerűen Magyarországon lakó magyar állampolgár, vagy Magyarországon letelepedett külföldi állampolgár vagyok.

Tudomásul veszem, és egyben elfogadom, hogy nem illet meg annak a joga, hogy a fent megjelölt csoportos utasbiztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, így a csoportos utasbiztosítási szerződéssel kapcsolatban nem illethet meg a szerződés alakításának joga.

Kifejezetten tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselése – többek között – nem terjed ki:

- bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely a már korábban fennálló egészségi állapot miatt szükséges, és a biztosítás megkötésekor előreláthatóan, vagy nagy valószínűséggel a biztosítás tartama alatt válik szükségessé, kivéve a sürgős szükség esetét;
- olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából és nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé;

érted

- azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az ésszerű és szokásos díjat az adott országban;
- a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megengedett lett volna, a Biztosított döntése miatt a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további gyógykezelés céljából Magyarországra szállítani;
- amennyiben a Biztosított nem kéri a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik, az 1000 euró összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre, a Biztosító közreműködése nélkül történt hazaszállítás költségeire, az elvárható, ésszerű orvosi kockázat túllépése nélkül a (lehető legkorábbi) hazatérés utánra halasztható vizsgálatokra, műtetre.

Jelen biztosítotti nyilatkozat elfogadásával felhatalmazom az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, valamint minden egészségügyi ellátást nyújtó, illetve annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezetet és természetes személyt (azaz orvost, kórházat vagy más hatóságot, intézményt, munkahelyi társadalombiztosítási kifizetőhelyet vagy személyt), hogy bármely általa nyilvántartott, az orvosi kórtörténetemmel vagy egészségi állapotommal kapcsolatban levő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szerinti egészségügyi adataimat az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. részére átadja.

Tudomással bírok arról, hogy a fentiekben hivatkozott törvény alapján egészségügyi adatnak minősül a testi, értelmi és lelki állapotomra, kóros szenvedélyemre, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl.: magatartás, környezet, foglalkozás).

Kötelezettséget vállalok arra, hogy jelen meghatalmazásomat a biztosítási jogviszonyom fennállása alatt és a halálom esetére is fenntartom.

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott és a jelen meghatalmazás alapján megszerzett személyes, illetve egészségügyi adataimat a Szerződő továbbítsa a Biztosító részére, és azokat a Biztosító a biztosítási jogviszony létrehozása, módosítása, állományban tartása, illetve a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése és szolgáltatás teljesítése céljából, az ezen célok eléréséhez szükséges körben és ideig kezelje.

A Biztosító tájékoztatja a Biztosítottat, hogy a vonatkozó csoportos biztosítási szerződés kapcsán tudomására jutott adatokat a Bit. alapján biztosítási titokként kezeli.

Kijelentem, hogy személyes, illetve egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen meghatalmazásomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva adtam.

Kijelentem, hogy a jelen Biztosítotti nyilatkozat elfogadása előtt a Bit-ben meghatározott megfelelő tájékoztatást megkaptam a Biztosító főbb adatairól, valamint a csoportos utasbiztosítási szerződés jellemzőiről. Kijelentem továbbá, hogy a vonatkozó utasbiztosítási ügyféltájékoztatót, feltételeket megismertem, a biztosítási terméktájékoztatót és az adatkezelési tájékoztatót átvettem, és mindezeket jelen aláírással igazolom.

.....
Település

.....
Dátum

.....
A Biztosított sajátkezű aláírása

érted