

1. Fontos információk

Sorszám: _ _ _

- a) Az ajánlati/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, Medicover csoportos Egészségbiztosítási Általános Feltételek és annak részét képező Spring csoportos biztosítás Szolgáltatások Listája (továbbiakban együtt: Feltételek).
- b) Alulírott Kapsolattartó jelen nyilatkozat aláírásával kijelenti, hogy Szerződő a Biztosítónál a jelen nyilatkozaton rögzítettek szerint, a Szerződéses Dokumentumokban szereplő előzetes írásbeli tájékoztatás alapján a jelen nyilatkozaton megadott személy(ek)e)t belépteti a Szerződésbe.
- c) **Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan, nyomtatott latin betűkkel töltsé ki az üresen hagyott mezőket.**

Biztosítottra vonatkozó biztosítás: Spring csoportos egészségbiztosítás

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

- 1) Alulírott Biztosított kijelenti, hogy a jelen nyilatkozaton általa közölt információk teljeseek, a valóságnak mindenben megfelelnek. Biztosított egyben tudomásul veszi és elfogadja, hogy az azonosító illetve személyes adataiban, elérhetőségeikben bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 8 napon belül köteles a Biztosítót írásban tájékoztatni, és hogy a bejelentés határidőn belüli elmulasztásából fakadó - esetleg felmerülő - kárért Biztosítót felelősség nem terheli.
- 2) Alulírott Biztosított hozzájárulását adja, hogy a Szerződésbe Biztosítottként beléptessék, és hogy e-mailben Szerződő a szolgáltatás nyújtásához szükséges alábbi adatokat is megadja a Biztosítónak: Biztosított neve, állampolgársága, lakcíme, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma(i).
- 3) Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy Szerződő egyoldalú jognyilatkozattal kezdeményezze alulírott kiléptetését, biztosítási jogviszonyának megszüntetését. Biztosított egyben tudomásul veszi, hogy a Szerződés rá, mint Biztosítottra, kiterjedő személyi hatályának illetve a Szerződés egészének megszűnése időpontjában biztosított jogosultsága megszűnik, és hogy Szerződő kezdeményezésére Biztosítottra illetve alulírott közeli hozzátartozóira, mint Biztosítottakra, a biztosítási jogosultság egyidejűleg megszüntethető.
- 4) Biztosított tudomással bír arról, hogy a Biztosító az általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- 5) Biztosított kijelenti, hogy az Ügyfél- és Terméktájékoztatóban, 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 pontos információkkal rendelkezik a Biztosító főbb adatairól, a Szerződés szabályozásairól, a Biztosító fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységének elérhetőségéről, felügyeleti szervének megnevezéséről és székhelyéről, valamint az adatkezelés és adatvédelem legfontosabb szabályairól. Biztosított kijelenti továbbá, hogy részletes ismeretei vannak arról, hogy mely szervekkel szemben nem terheli a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a Biztosítót. **A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.**
- 6) Biztosított kijelenti, hogy tudomása van az adatvédelmi törvény alapján arról, hogy az abban foglaltak szerint tájékoztatást kérhet azonosító illetve személyes adatainak kezeléséről, kérheti hibásan szereplő azonosító illetve személyes adatainak helyesbítését, jogszerűtlenül kezelt adatainak törlését, joga van a jogszerűtlen adatkezelés ellen tiltakozni, és jogai megsértése esetén bírósághoz fordulhat jogai érvényesítésének céljából.
- 7) Biztosított felhatalmazza Biztosítót, hogy a Szerződés megkötésével, módosításával, a Biztosított Szerződésbe való beléptetésével illetve belépésével, a Szerződés fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges azonosító, személyes és egészségügyi adatait a Biztosító írásbeli kéréssel, az adatok és az adatkérés céljának, jogalapjának megadásával beszeresse, nyilvántartsa és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX törvényben meghatározott célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egészségügyi adatnak minősülnek a Biztosított egészségi állapotával összefüggő és az egészségbiztosítási ellátására vonatkozó információk, adatok. Biztosított az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (különösen háziorvos) és szervezeteket (különösen társadalombiztosítási vagy más biztosítási, egészségpénztári szerv), továbbá Szerződőt, Munkáltatót a jelen bekezdésben meghatározott körben Biztosító irányában felmenti a titoktartási kötelezettségük alól.
- 8) Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatás nyújtásával kapcsolatosan vele szerződéses viszonyban álló jogalanyok, különösen a Medicover Zrt.-nek, a biztosítási titkok képező azonosító illetve személyes és egészségügyi adatait, valamint a biztosítási fedezet fennállását igazoló adatokat a biztosítási ajánlat és a szolgáltatási igény elbírálása céljából az elbírálás időtartamára átadja, feltéve, hogy e jogalany véleményének beszerzése a biztosítás elvállalásához, vagy a szolgáltatási igényről való döntéshez, illetve elektronikus adatfeldolgozási célból elkerülhetetlenül szükséges.
- 9) Biztosított kijelenti, mint biztosítási szerződés Kedvezményezettje, hogy írásban engedményezi a biztosítási szolgáltatás összegét az általa igénybe vett és a biztosítási szolgáltatás alapját képező egészségügyi szolgáltatásról számlát kibocsátó félre, különösen Medicover Zrt.-re, mint egészségügyi szolgáltatóra, abban az esetben, ha a biztosítási szolgáltatás alapjául szolgáló és a Biztosítottnak nyújtott egészségügyi szolgáltatást Medicover Zrt. teljesítette vagy annak költségét már megtérítette az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.

Kelt _____, □ □ □ □ / □ □ / □ □ (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Biztosított Neve	Szül. dátuma (év/hó/nap)	Csomagnév	Belépés napja	Aláírás
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			

Kapsolattartó aláírása (céges pecsét)