

1. Fontos információk

- a) Kérjük, a jelen nyilatkozat kitöltése és aláírása előtt olvassa el az ajánlati/szerződéses nyomtatványokat, továbbá a Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosítóra (továbbiakban: Biztosító) és a fent megadott azonosítójú biztosítási szerződésre (továbbiakban: Szerződés) vonatkozó alábbi dokumentumokat (együttesen a továbbiakban: Szerződéses Dokumentumok): Ügyfélértájékoztató, Terméktájékoztató, Egészségbiztosítási Általános Feltételek és annak részét képező Szolgáltatások Listája (továbbiakban együtt: Feltételek).
- b) Alulírott, Szerződő/Szerződő részéről Kapcsolattartó 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(eke)t belépteti a Szerződésbe.
- c) **Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan, nyomtatott latin betűkkel töltsé ki az üresen hagyott mezőket (a sötétebb háttérszínnel jelölt részek kivételével). A nem teljes körű adatközlés késedelemhez vezethet. A bekért adatok mind szükségesek a Biztosított Szerződésbe való belépéséhez.**
- d) **Hiánytalanul kitöltött és aláírt - a közvetítőhöz, vagy a Biztosítóhoz elküldött - nyilatkozat(ok) és az esedékes díj Biztosítóhoz való beérkezése után 30 napon belül küldi meg a Biztosító a Biztosított Medicover Kártyáját a Szerződő levelezési címére. Felhívjuk a figyelmet, hogy a Biztosított mindig tartsa magánál Medicover Kártyáját és személyének azonosítására alkalmas iratait!**

2. Biztosított személyes adatai
Figyelem! A Biztosított itt megadott neve (aláhúzott rész) kerül a Medicover Kártyájára.

Név/Vezetéknév

Név/Keresztnév

Titulus _____ Születés ideje / / Nem Nő Férfi

Lakcím Város/Település

Közterület neve és jellege (út, utca, tér, köz, stb.)

Irányítószám Házsám Tömb Emelet Ajtó

Állampolgárság

Adószám/Adóazonosító jel

Kérjük, az ID típusát is húzza alá vagy adja meg. Szem.ig./Útlevel/_____/száma/TAJ
Kérjük, jelölje a megfelelő négyzetet. A Biztosított a Szerződő?

 igen, magánszemélyként igen, jogi személyként nem

Kapcsolat **Egy telefonszám és e-mail cím közzlése kötelező, ezeket az elérhetőségeket használja a Biztosító, a Medicover az Ügyféllel való kommunikáció során.**

 Tel. + () -

 Mobil + () -

 Fax + () -

E-mail _____ @ _____

3. Levelezési cím

Kérjük, pipálja a megfelelő négyzetet.

 megegyezik a Biztosított lakcímével más **Kérjük, adja meg a levelezési címet ebben az esetben.**

Város/Település

Közterület neve és jellege (út, utca, tér, köz, stb.)

Irányítószám Házsám Tömb Emelet Ajtó

4. Bankszámla adatai

Bankszámla adatai, mely díjfizetéshez és visszatérítéshez használható. Kérjük, jelölje a megfelelő négyzetet!

Számlavezető bank neve

Számlaszám - -

Nem magyarországi pénzügyintézetnél vezetett bankszámla esetén kell kitölteni. **SWIFT**

IBAN - - -

5. Belépés napja

(a jelen nyilatkozat aláírását követő 3. munkanapnál nem korábbi, 30. napnál nem későbbi)

Kockázatviselés kezdete / /
Biztosítottra vonatkozó biztosítási termék és csomag _____

Biztosított egyszeri/éves tarifadíja . . Ft

Jelen nyilatkozat a dokumentum elején megadott azonosítójú biztosítási szerződés (a Szerződés) részét képezi. Ha a Biztosított Szerződő is, akkor jelen nyilatkozat részben a Szerződő Nyilatkozata is.

- 1) Alulírott Biztosított/Szerződő/Kapcsolattartó kijelenti, hogy a jelen nyilatkozaton általa közölt információk teljesek, a valóságnak mindenben megfelelnek, továbbá tudomásul veszi, hogy valótlan adatok közlése vagy valós tények elhallgatása a Biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után. Biztosított/Szerződő/Kapcsolattartó egyben tudomásul veszi és elfogadja, hogy az azonosító illetve személyes adataiban, elérhetőségeiben bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 8 napon belül köteles a Biztosítót írásban tájékoztatni, és hogy a bejelentés határidőn belül elmulasztásából fakadó - esetleg felmerülő - kárért Biztosítót felelősség nem terheli.
- 2) Alulírott Biztosított hozzájárulását adja, hogy a Szerződésbe Biztosítottként beléptessék.
- 3) Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy Szerződő egyoldalú jognyilatkozattal kezdeményezze alulírott kiléptetését, biztosítási jogviszonyának megszüntetését. Biztosított egyben tudomásul veszi, hogy a Szerződés rá, mint Biztosított, kiterjedő személyi hatályának illetve a Szerződés megszűnése időpontjában biztosított jogosultsága megszűnik, és hogy Szerződő kezdeményezésére Biztosítottot 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 jogviszonnnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, Ügyfeivel, volt Ügyfeivel 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 Ügyfélértékelésében, a Szerződésre vonatkozó hatályos Feltételekben, a Terméktájékoztatóban 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 titok 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 biztosítókrol 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 nyilvántartott 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 titkot 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 engedélyezi 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 Biztosítottot nyújtott egészségügyi szolgáltatást Medicover Zrt. teljesítette vagy annak költségét már megtérítette az egészségügyi szolgáltatást ténylegesen nyújtó félnek.

Kelt _____

É É É É / H H / N N

Kérjük, adja meg nyomtatott betűkkel, olvashatóan és hiánytalanul a biztosítandó hozzátartozók adatait is. Használjon minimálisan annyi ilyen nyilatkozati nyomtatványt, ahányra szüksége van ahhoz, hogy minden biztosítandó személy - kötéshez szükséges - adatait megadhassa.

Biztosított Hozzátartozók/ Név és Nem	Ffi	Nő	Szül. dátum (év/hó/nap)	Szem.ig./_____/ Ütlelél száma/TAJ	Tarifadíj (Ft)	Biztosítási csomag*	Aláírás
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	_____	____.____.____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	_____	____.____.____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	_____	____.____.____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	_____	____.____.____	_____	_____

* **A Biztosítottottra és hozzátartozóira vonatkozó fedezet csak külön engedéllyel lehet különböző.**

Figyelem! A Biztosított(ak)ra vonatkozó szerződéses díj(ak) a jelen dokumentumban megadott díj(ak)tól eltérhet(nek) a kockázatelbírálás (ha ilyet alkalmaz a Biztosító) illetve az alkalmazott kedvezmények és pótlékok eredményeként.

Szerződő (Biztosítottként is, ha az)/Kapcsolattartó igazoló aláírása (céges pecsét)

Biztosított (törv. képviselőjének) aláírása

Közvetítő aláírása _____

Adminisztráció tölti ki!

Érkeztetés helye _____

Érkeztetés dátuma ___/___/___

A nyilatkozatot ellenőrizte (név) _____

Archiválás azonosítója _____

Dátum ___/___/___

Aláírás _____