Hatályos 2019.06.01-től visszavonásig **Biztosított Nyilatkozata (Belépéshez) / Insured’s Statement (for Enrollment)**

**Medicover Försäkrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe**

**Szerződés azonosítója** cégnév/kötvényszám: **KÉSZ Holding Zrt.**

**1. Fontos információk** Sorszám: \_ \_ \_ **\_**

1. A szerződéses nyomtatványok, továbbá a Medicover Försäkrings 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 Egészségbiztosítasi Általanos Feltételek és annak részét képező csoportos egészségbiztosítas Szolgaltatasok Listája (továbbiakban együtt: Feltételek).
2. Szerződő a Szerződéses Dokumentumokban szereplő előzetes írásbeli tajékoztatas és a lenti 2) pontban adott hozzájárulás alapján a jelen Nyilatkozaton Fl megadott személyt belépteti a Szerződésbe. **Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan töltse ki az üresen hagyott mezőket.**

**Biztosítottra vonatkozó biztosítás: Spring csoportos kockázati (és állományi) egészségbiztosítás**

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

1. Biztosított kijelenti, hogy a jelen Nyilatkozaton ~ltala 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 tajékoztatni, 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 szolgaltatas nyújtásához szükséges alábbi személyes adatokat is megadja a Biztosítónak: Biztosított neme, allampolgársaga, levelezési címe, e-mail címe, telefonszáma(i).
3. Biztosított tudomásul veszi, hogy amennyiben Szerződővel illetve Díjfizetővel fennálló munkaviszonyának, megbízasos viszonyának megszűnése illetve más érdekmúlást jelentő esetben (különösen a Szerződés megszűnése esetét), ennek bekövetkezése hónapjanak a végével a Biztosítóval fennálló biztosítasi jogviszonya is megszűnik. Biztosított egyben tudomásul veszi, hogy a Szerződés rá kiterjedő személyi hatályának megszűnésével egyidejűleg a Szerződés keretében biztosított Csaladtagjaira is megszűnik a biztosítási jogviszony a Szerződés tekintetében.
4. Biztosított kijelenti, hogy az Ügyfél- és Terméktajékoztatóban, 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 tájékoztatast kapott. Biztosított kijelenti továbbá, hogy előzetes tájékoztatást kapott arról, mely szervekkel szemben nem terheli a biztosítási titok megtartasanak kötelezettsége a Biztosítót. Az előzetes tájékoztatast 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.**
5. Biztosított felhatalmazza a Biztosítót, hogy a Szerződés megkötésével, módosításával, a Biztosított Szerződésbe való beléptetésével illetve belépésével, a Szerződés fenntartásával és a Biztosító szolgaltatasaval összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges személyes adatait és a biztosítási szolgáltatas teljesítéséhez elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adatait az egészségbiztosítasi szerződés teljesítése céljából (e célból különösen Medicover 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 jogszabalyi felhatalmazás alapjan nyilvántartó személyeket (különösen hAziorvos) és szervezeteket (különösen társadalombiztosítási vagy más biztosítási, egészségpénztári szerv), egészségügyi szolgaltatókat (különösen Medicover Zrt.-t) a jelen Nyilatkozatban meghatfirozott célú felhasználásra a Biztosító iranyában felmenti a titoktartási kötelezettségük alól.
6. Biztosított ezúton hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi adatait a Biztosító az egészségbiztosítasi szerződés megkötése, módosítása, megszüntetése és teljesítése, szolgaltatasi igény elbírálása, fedezettség ellenőrzése, igazolása, kárrendezés, elszámolas, igény érvényesítése, azzal szembeni védekezés céljaból, a biztosítasi 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 szolgáltatas nyújtasa céljából, ahhoz szükséges körben a Medicover Zrt. részére átadja.
7. 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 egészségbiztosítasi szerződés megkötése, módosítasa, megszüntetése és teljesítése, igény érvényesítése, azzal szembeni védekezés és jogszabálynak való megfelelés céljából kezeli. A Biztosító az egészségügyi adatokat előbbieken kívül szolgaltatasi igény elbírálása, fedezettség ellenőrzése, igazolása, kárrendezés, elszámolás céljából kezeli. Az adatkezelés a jelen Nyilatkozat aláírásával a Biztosítottal létrejövő egészségbiztosítasi szerződés teljesítése érdekében, tovább~ jelen Nyilatkozaton megadott hozzájárulás és jogi kötelezettség alapján történik (adatkezelés jogalapja), a biztosítasi jogviszony fennállásának ideje alatt, és ezt követően mindaddig, ameddig a biztosítasi jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető (elévülési ideig). A jelen Nyilatkozaton (az egészségbiztosítasi szerződés alapjan) megadott személyes adatok hianyában nem nyújtható biztosítási szolgáltatás.
8. Biztosított tudomásul veszi és elfogadja, mint Kedvezményezett, hogy a biztosítás terhére igénybe vett egészségügyi szolgáltatás finanszírozását (biztosítási szolgaltatas) a Biztosító számla ellenében közvetlen a Medicover Zrt. illetve az egészségügyi ellátást nyújtó fél részére teljesíti.
9. A Biztosító rögzíti, hogy a személyes adatokat nem továbbítja az EU-n kívüli harmadik orszagba és az adatokat automatizált döntéshozatal céljából nem használja fel. A Biztosító az általa kezelt személyes adatok meghatarozott körét ellátasszervezője (Medicover Zrt.) részére továbbítja, tovább~ különösen dokumentumarchiválási, irattarolási szolgaltatast, és szerverszolgaltatast nyújtó adatfeldolgozói részére, adatfeldolgozasi szerződés alapján. Továbbá a Biztosító a biztosítasi tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatarozott célok körében az ott meghatározott szabalyok szerint köteles az arra jogosultak számára az adatokat továbbítani.
10. Biztosított a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban t~jékoztatast 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, hatósaghoz fordulhat; utóbbi tekintetében az alábbi elérhetőségeken: Nemzeti Adatvédelmi és Informaciószabadsag Hatósag, Székhely:1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c, Levelezési cím:1530 Budapest, Pf.: 5., E-mail cím: [ugyfelszolgalat@naih.hu](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu), Telefonszám:+36 (1) 391-1400, Honlap elérhetősége: <http://naih.hu>. A Biztosító adatvédelmi tisztségviselője és elérhetőségei: Salamon Ildikó, E-mail cím: [dpo@medicover.hu](mailto:dpo@medicover.hu), Levelezési cím:1134 Budapest, Váci út 29-31.
11. Biztosított kijelenti, hogy a fentiekben továbbá a [www.medicover.hu](http://www.medicover.hu) oldalon található, a Medicover Försäkrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe és a Medicover Zrt. részletes adatkezelési tájékoztatójában foglaltakat megismerte.

**Kelt: Budapest, 2021.07.28.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Biztosított Neve és címe** | **Szül. dátuma (év/hó/nap)** | **TAJ szám** | **Csomagnév** | **Kockázatviselés kezdete** | **Aláírás** |
| **Giczi Dávid**  **1125 Budapest, Diós árok 25/B.** | **1978.07.12.111** | **035 757 566** | **White Kórház Plusz** | **2021.10.01** |  |

1/1

A Biztosító részvénytarsaságot Magyarországon képviseli: Medicover Försäkrings AB (publ) Magyarorszagi Fióktelepe (székhely és levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29., nyilvántartó bírósag: Fővárosi Törvényszék Cégbírósaga, cégjegyzékszam: 01-17-000521, adószám: 22553221-1-41), [www.medicover.hu](http://www.medicover.hu), [e-mail: biztositas@medicover.hu,](mailto:biztositas@medicover.hu,) [insurance@medicover.hu](mailto:insurance@medicover.hu), Ügyfélszolg~lat: +36-1-465-3150, fax: +36-1-465-3160