

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Honlap: www.alfa.hu

1. BIZTOSÍTÁSRA JELÖLT SZEMÉLY ADATAI

Vezetéckneve: utónéve:

Születési ideje: év hó nap

Címe:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

2. EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

1. Részesül-e tartós, kórházi vagy rendelőintézeti (ide értve az elrendelt laborvizsgálatot is) ellátás keretében végzett kezelésben, vizsgálják vagy terveznek-e ilyet?

☐ Igen ☐ Nem

2. Terveznek-e Önnek műtétet?

☐ Igen ☐ Nem

3. Van-e Önnek veleszületett rendellenessége, születésével, meglévő betegségével, baleseti sérülésével kapcsolatos maradandó egészségkárosodása?

☐ Igen ☐ Nem

Ezennel kijelentem, hogy a fenti kérdésekre a valóságnak megfelelő választ adtam és tudomásul veszem, hogy ha bármely kérdésre „Igen”-nel válaszoltam, akkor a Biztosító nem vállalja a biztosítási fedezetet.

Amennyiben minden kérdésre „Nem”-mel válaszoltam, csatlakozhatok az IZYS Hospital Csoportos biztosítási szerződéshez.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként nem léphetek be.

Tudomásul veszem, hogy nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben az adott Biztosítottnak a Biztosító rá vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már fennálló, a Biztosított által tudott betegsége, egészségi állapota, valamint megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt Hospital Csoportos biztosításra vonatkozó Csatlakozási nyilatkozatom aláírása előtt minden részletre kiterjedő tájékoztatást kaptam.

Kelt: , év hó nap

A biztosításra jelölt személy aláírása

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Honlap: www.alfa.hu

Az IZYS Egészség- és Önségélyező Pénztár (székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20., nyilvántartási száma: 01-04-0000274) mint Szerződő és az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1., cégjegyzékszám: Cg.01-10-041365), mint Biztosító Hospital – Csoportos fekvőbeteg ellátásra vonatkozó műteti biztosítási szerződést (a továbbiakban: Biztosítás) kötött, amely szerint a Biztosító a Biztosított részére, az alábbi fedezetet nyújtja. A Szerződő pénztártagjai a biztosítási fedezet magukra, valamint közeli hozzátartozójukra, élet társukra való kiterjesztését – a Szerződő hozzájárulásával és tudomásával – jelen nyilatkozat kitöltésével és aláírásával kezdeményezhetik.

Pénztártag személyes adatai:

Név: Születési dátum*: év hó nap

Pénztári azonosító: E-mail cím:

- ☐ A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Biztosításhoz Biztosítottként csatlakozni kívánok.**
- ☐ A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Biztosításhoz az alább megjelölt házastársamat, élet társamat, egyeneságbeli rokonomat, örökbefogadott, mostoha- vagy nevelt gyermekemet Biztosítottként csatlakoztatni kívánom.**

Név: Születési dátum*: év hó nap

E-mail cím:

* A biztosított 18–65 év közötti természetes személy lehet.

** A megfelelő négyzet(ek) jelölendő(k)

1. Tudomásul veszem, hogy a biztosítás az alábbi táblázat szerinti igénybe vehető szolgáltatásokat, és a kapcsolódó limiteket tartalmazza.

Fekvőbeteg ellátás keretében végzett műtét (beleértve a Betegút menedzsment)	3 000 000 Ft/biztosítási esemény/év	
Kiegészítő vizsgálatok és orvosi konzultáció költsége (a műteti költség limitén felül értendő)	Ha a műtét költsége	a kiegészítő vizsgálatok és orvosi konzultációk biztosítás által térített költsége, a műtét teljes költségének
	100 000 Ft–200 000 Ft közötti	20%-a, de max. 40 000 Ft
	200 001 Ft–500 000 Ft közötti	15%-a, de max. 75 000 Ft
	500 001 Ft–1 000 000 Ft közötti	10%-a, de max. 100 000 Ft
	1 000 001 Ft–2 000 000 Ft közötti	7%-a, de max. 140 000 Ft
	2 000 001 Ft–3 000 000 Ft közötti	5%-a, de max. 150 000 Ft

A biztosítás áthárított díja az Alfa Csoportos biztosítás Díjtábla alapján: Ft/hó

2. Tudomásul veszem, hogy:

- a Szerződő a csoportos biztosítási díj rám eső részét, valamint a jelen csatlakozási nyilatkozatban biztosítottak jelölt személyre eső részét áthárítja. Az áthárított díjat havi rendszerességgel fizetem meg, úgy hogy a Szerződő vonja le a célzott keretből vagy az egyéni számlámról a közösségi tartalékjavára, melyhez kifejezetten hozzájárulok. Az áthárított díj megfizetésének kezdete a kockázatviselés kezdete;
- a Biztosító kockázatviselése a jelen csatlakozási nyilatkozat és az ezzel egyidejűleg – hiánytalanul kitöltött és általam aláírt – egyszerűsített egészségi nyilatkozat megtételét követő második hónap első napján 0 órakor kezdődik;
- a biztosítási jogviszony tartama határozott idejű, amely az évfordulókor automatikusan megújul. A biztosítási évforduló minden évben a kockázatviselés kezdetének napja. A biztosítási időszak kezdete a biztosítási évforduló napja minden évben, a biztosítási időszak vége a következő biztosítási évfordulót megelőző nap minden évben;
- tudomásul veszem, hogy a Biztosító minden 5. biztosítási évfordulón jogosult a biztosítási díjat, valamint az igénybe vehető szolgáltatások körét a biztosítási évfordulón hatályos díjtáblázat és szolgáltatási táblázat szerint módosítani, a módosított díjról és szolgáltatásokról a Szerződő tájékoztat a biztosítási évfordulót megelőző 50. napig, amennyiben a módosított díjjal nem kívánom a biztosítási jogviszonyt fenntartani, a biztosítási jogviszonyról a 2.8. pont szerint lemondhatok;
- az egyszerűsített egészségi nyilatkozat megtétele során, a Biztosító fedezetvállalása szempontjából lényeges körülmény elhallgatása, vagy hamis közlése (közlési kötelezettség sértése) esetén, a Biztosító a szolgáltatást a hamisan közölt vagy elhallgatott tényekkel összefüggésben álló szolgáltatási igényekkel kapcsolatban megtagadhatja;
- a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosító rám vonatkozó kockázatviselésének kezdetét megelőzően már fennálló, az általam ismert betegségeim, egészségi állapotom, valamint megállapított maradandó egészségkárosodásom. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető;

- 2.7. ha a biztosítási jogviszony tartama alatt betöltöm a 65. életévemet, a biztosítás megszűnik, az életkor betöltése, évének utolsó napján 24:00 órakor;
- 2.8. a Biztosított jogviszonyomról lemondhatok, azaz a csoportos biztosításból kiléphetek a biztosítási időszak végével – a Szerződő 1583 Budapest, Pf. 49 postacímére vagy az ugyfelszolgalat@izys.hu e-mail címre a biztosítási időszak végét megelőző 25. napig elküldött írásbeli nyilatkozattal;
- 2.9. a jelen csatlakozási nyilatkozatban biztosítottnak jelölt személy biztosított jogviszonyát megszüntethetem a biztosítási időszak végével a Szerződő 1583 Budapest, Pf. 49 postacímére vagy az ugyfelszolgalat@izys.hu e-mail címre a biztosítási időszak végét megelőző 25. napig elküldött írásbeli nyilatkozattal;
- 2.10. tudomásul veszem, hogy a biztosított jogviszony lemondása vagy a díj megszűnése esetén, a csoportos biztosításhoz történő újbóli csatlakozás csak egy új csatlakozási nyilatkozat és az ezzel egyidejűleg – hiánytalanul kitöltött és általam aláírt – egyszerűsített egészségi nyilatkozat megtételével lehetséges. Ebben az esetben az áthárított díj az aktuális életkorom szerint kerül megállapításra;
- 2.11. a szolgáltatást, a Biztosító kiszervezett tevékenységként, a Trust Betegút-Menedzsment Zrt.-vel (www.smarthumed.hu) 8600 Siófok, Diófás út 82. továbbiakban: Szolgáltatásszervező) együttműködve nyújtja.

3. Hozzájárulok ahhoz,

- 3.1. hogy a Szerződő a Biztosítás létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben a személyes adataimat a Biztosító részére átadja.
- 3.2. hogy a Biztosító a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükséges személyes adataimat az Szolgáltatásszervező részére átadja.

4. Tudomásul veszem, hogy az adatkezelésre vonatkozó általános tájékoztató a Biztosító www.alfa.hu/adatbiztonsag oldalán, míg a csoportos biztosításokra vonatkozó adatvédelmi tájékoztató a www.alfa.hu oldalán található meg.

5. Kijelentem, hogy a jelen csatlakozási nyilatkozatban biztosítottnak jelölt személyt a biztosítási jogviszonyról és annak tartalmáról az esetleges változásokról, a biztosítási jogviszony megszűnéséről tájékoztatom.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozat aláírása előtt a Csoportos fekvőbeteg ellátásra vonatkozó műtéti biztosítás legfontosabb jellemzőit tartalmazó tájékoztatót megkaptam, továbbá tájékoztatást kaptam arról, hogy a Csoportos Egészségbiztosítás Általános és különös feltételei megtalálhatóak az IZYS Egészség- és Önségélyező Pénztár, izys.hu és az Alfa Vienna Insurance Group Zrt. honlapján (alfa.hu/izys).

Kockázatviselés kezdete: év hó nap

A kockázatviselés kezdete jelen nyilatkozat és az egyszerűsített egészségi nyilatkozat aláírását követő második hónap első napja!

Kelt: év hó nap

Pénztártag aláírása

Biztosított aláírása (amennyiben eltér a Pénztártagtól)

Tanácsadó neve:

Tanácsadó kódja:

1. példány: Biztosító, 2. példány: Ügyfél

A SZEMÉLYES ADATOK TÁROLÁSÁNAK IDŐTARTAMA

Az adatkezelő a fenti adatokat

- ha biztosítási szerződés alapján kárigényt terjeszt elő, függetlenül attól, hogy Ön a biztosítási szerződés szerződője/biztosítottja vagy ezek kedvezményezettje/örököse vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződés-sel, kárigénnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje alatt, a szerződés megszűnését követő 20 évig,
- ha a szerződéssel összefüggésben, jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válik szükségessé, az igény elbírálása alatt, továbbá az igény alapjául szolgáló eseménnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje vagyis, a jogi igény érvényesítésére indult eljárás lezárását követő 5 évig akkor is kezeli az adatokat, ha a megőrzési időből ennél kevesebb lenne hátra.

AZ ÉRINTETT JOGAI

Személyes adataival kapcsolatban bármikor, korlátozás nélkül:

- kérhet tájékoztatást az adatkezelés részleteiről, beleértve a másolat kérését,
- kérhet helyesbítést a pontatlan adatok tekintetében,
- kérhet törlést,
- kérhet kezelés korlátozását, ha az adatkezelést jogellenesnek tartja, de nem kér törlést, vagy az adatpontossági kérelem elbírálásáig, illetve
- tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen, ha az adatok kezelése a Biztosító jogos érdekén alapul, ezen felül
- élhet adathordozhatósághoz való jogával.

A korlátozáshoz való jog alapján az adatokat csak tároljuk, egyéb műveleteket nem végzünk az adatokkal. A korlátozáshoz és a törléshez való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, hogy a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károkozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korláta lehet a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsátott adatait géppel olvasható formátumban átadjuk Önnek, annak érdekében, hogy egy másik adatkezelőnek/adatfeldolgozóknak átadja, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei fennállnak.

Adatkezelésünk ellen panaszt nyújthat be társaságunknál az adatvedelem@alfa.hu elérhetőségen vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál, továbbá bírósághoz fordulhat.

Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

A hatóság levelezési címe: 1363 Budapest, Pf. 9

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

Az egyes jogok részletes tartalmáról a https://www.alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html linken tájékozódhat.

AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

A fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő döntéshozatal során nem alkalmazunk automatizált döntéshozatalt, profilalkotás nem történik.

TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

A jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelölttől eltérő célra nem használjuk.

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor írja alá, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozat aláírásával **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a rendelkezésére bocsátott különleges adataimat

- kárrendezés,
- jogi igény érvényesítése

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító

- az adataimat az adatkezelési cél eléréséhez szükséges orvosszakértői vélemény beszerzése érdekében, a biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a biztosító által megbízott orvosszakértőnek átadja,
- megkeresse az ellátó egészségügyi szolgáltatót, orvost, hatóságot az általam bejelentett kárigény elbírálásához szükséges egészségügyi adataim és a káreseménnyel összefüggő egyéb adatok beszerzése, és a káreseménnyel összefüggő a jelen tájékoztatóban megjelölt időtartam alatti kezelése érdekében.

Kelt: , év hó nap

Biztosított/Jogosult, Biztosított örököseinek

vezetéknéve: utónéve:

Születési ideje: év hó nap Aláírása:

PÉNZTÁRTAG

Pénztártag neve

Pénztártag azonosítója

MELLÉKLETEK

Az alábbi mellékleteket csatoltam:

☐

Csatlakozási nyilatkozat - Alfa Csoportos Egészségbiztosításhoz nyomtatvány

☐

Alfa Tájékoztató és nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséhez kárrendezés során nyomtatvány

☐

Alfa - egészségi nyilatkozat - kizárólag Hospital csomaghoz

NYILATKOZATOK

Alulírott felhatalmazom az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztárt, hogy

- a Komfort extra,
- a Komfort extra szűrővizsgálat nélkül,
- a Prémium,
- a Prémium szűrővizsgálat nélkül,
- a Gyermekek,
- a Hospital

közösségi tartalék javára átcsoportosítást végezzen az Alfa csatlakozási nyilatkozatom szerint, a pénztártag és/vagy kedvezményezettje csoportos egészségbiztosításhoz történő csatlakozása okán.

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár, valamint szerződött partnerei a jogszabályoknak megfelelő módon nyilvántartsa és kezelje.

Felhatalmazom a Pénztárt, hogy a közösségi tartalék havi díját az egyéni számlámról vagy célzott egészségpénztári támogatásból a közösségi számla javára minden hónapban átcsoportosítsa.

A Pénztár az átcsoportosítást minden hónap 15-31. között hajtja végre.

Tudomásul veszem, hogy a közösségi tartalék havi díjának rendelkezésre állásáért a pénztártag a felelős.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződéshez kizárólag a közösségi tartalék díját fizető tagok csatlakozhatnak, amennyiben a tag részére a közösségi tartalék javára sikeresen levonásra került a közösségi tartalék díja.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a Pénztár közösségi tartalék javára az átcsoportosítást nem tudja elvégezni a kockázatviselés kezdetét, vagy aktuális hónapot megelőző 5 nappal, akkor a Pénztár azt úgy tekinti, hogy a tag lemond a közösségi szolgáltatásként nyújtott biztosításról és azt azonnali hatállyal megszünteti.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a közösségi tartalékhoz tartozó szolgáltatást finanszírozó biztosítás díját a Biztosító megemeli, akkor a közösségi tartalék díja is automatikusan emelkedik.

Kijelentem, hogy az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár Közösségi Szolgáltatási Szabályzatát és Alapszabályát megismertem és jelen nyilatkozattal azok feltételeit elfogadom.

Dátum

Pénztártag aláírása

TANÁCSADÓ

Tanácsadó kódja

Tanácsadó vagy azonosító neve / munkahelye

Tanácsadó vagy azonosító aláírása