

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

Honlap: alfa.hu/izys

Az IZYS Egészség- és Önszegélyező 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 Csoportos Egészségbiztosítási Szerződést (a továbbiakban: Biztosítás) kötött, amely szerint a Biztosító a Biztosítottak részére egészségbiztosítási szolgáltatásokat nyújt. A Szerződő pénztártagjai a biztosítási fedezet magukra, valamint Ptk. szerinti közeli hozzátartozójukra, élettársukra való kiterjesztését jelen nyilatkozat kitöltésével és aláírásával kezdeményezhetik.

Pénztártag személyes adatai:

Név: Születési dátum*: év hó nap

Pénztári azonosító:

- A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Biztosításhoz Biztosítottként csatlakozni kívánok.**
- A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Biztosításhoz az alább megjelölt Ptk. szerinti közeli hozzátartozómat (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő és testvér), élettársamat (Szolgáltatásra Jogosult Hozzátartozó) Biztosítottként csatlakoztatni kívánom.**

Név: Születési dátum*: év hó nap

E-mail cím:

* A biztosított 18–65 év közötti természetes személy lehet. Alfa Kid csomag választása esetén a Biztosított 6 hónap és 18 év közötti természetes személy lehet. Az 1. év betöltése után az életkor számítása úgy történik, hogy a naptári évből kivonása kerül a születési év.

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

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

Szolgáltatások	Alfa Care csomag	Alfa Kid csomag
24 órás orvosi segélyvonal	igen	igen
Második orvosi vélemény	igen	igen
Korlátlan ellátásszervezés	igen	igen
Járóbeteg-ellátás	31 féle orvosszakmában	17 féle orvosszakmában
Ambuláns műtétek	igen	igen
Egynapos sebészet	igen	igen
Laboratóriumi vizsgálatok	173 paraméter	120 paraméter
Diagnosztikai vizsgálatok	21 féle	16 féle
Nagyértékű diagnosztika	4 féle	3 féle

Csomag neve	Éves biztosítási időszakra vonatkozó szolgáltatási limit			
	Laboratóriumi vizsgálatok	Járóbeteg-ellátás (ambuláns műtéteket is beleértve) laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatokkal együtt	Nagyértékű diagnosztika	Egynapos sebészet
Alfa Care csomag	50 000 Ft	1 000 000 Ft Gyógytorna: biztosítási időszakonként max. 100 000 Ft-ig, és max. 5 alkalommal	1 000 000 Ft	300 000 Ft
Alfa Kid csomag	20 000 Ft	200 000 Ft	500 000 Ft	250 000 Ft

Díjak	Alfa Care csomag	Alfa Kid csomag
Havi díj Ft/fő	14 990 Ft	9 990 Ft
Éves díj Ft/fő	179 880 Ft	119 880 Ft

Nyilatkozom, hogy az általam választott csomag: Alfa Care csomag Alfa Kid csomag

Nyilatkozom, hogy az általam választott díjfizetési gyakoriság: Havi Éves

A gyakoriság szerinti áthárított díj összege (Ft):

2. Tudomásul veszem, hogy:

- 2.1. a Szerződő a csoportos biztosítási díj rám eső részét, valamint a jelen csatlakozási nyilatkozatban Biztosítottnak jelölt személyre eső részét áthárítja. Az áthárított díjat az általam választott havi vagy éves rendszerességgel fizetem meg, úgy hogy a Szerződő vonja le az egyéni számlámról a közösségi tartalék javára, melyhez kifejezetten hozzájárulok. Az áthárított díj megfizetésének kezdete a kockázatviselés kezdete, minden további díj annak az időszaknak az első napján esedékes, melyre vonatkozik.
- 2.2. a Biztosító kockázatviselése a jelen nyilatkozat aláírását követő második hónap első napján 0 órakor kezdődik.
- 2.3. a Biztosító a második orvosi vélemény, járóbeteg-ellátás, ambuláns műtét, laboratóriumi vizsgálat, laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálat, nagyértékű diagnosztika szolgáltatásokra a kockázatviselés kezdetétől számított 1 hónapos várakozási időt köt ki, kivéve az egynapos sebészeti szolgáltatást, amely esetben a várakozási idő a kockázatviselés kezdetétől számított 3 hónap.
- 2.4. a járóbeteg ellátás esetében – a gyógytorna szolgáltatás kivételével – a Biztosító önrészt alkalmaz, amelynek megfizetésére a Biztosított köteles.
- 2.5. a járóbeteg-ellátás esetében egy biztosítási időszakon belül az önrész mértéke az első 4 (négy) igénybe vett járóbeteg ellátás kapcsán (függetlenül attól, hogy az igénybevétel egy vagy különböző biztosítási eseményekhez kapcsolódott) 8 000 Ft (nyolcezer forint) ellátásonként. A 4. (negyedik) igénybevételt követően az önrész mértéke 15 000 Ft (tizenötezer forint) ellátásonként. Ez alól kivétel a gyógytorna szolgáltatás, ahol a biztosító nem alkalmaz önrészt.
- 2.6. a biztosítás nem terjed ki az előzménybetegségekre. Előzménybetegség: a kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.
- 2.7. a szolgáltatásokat a Biztosító kiszervezett tevékenységként, az ellátásszervező partnerével együttműködve nyújtja. Az ellátásszervező partner adatai az alfa.hu/dokumentumok/194/partnerek/45011/kulso-szolgáltato-partnerek.pdf weboldalon található;
- 2.8. a biztosítási jogviszony tartama határozatlan, és a tartamon belül biztosítási időszakokra oszlik. A biztosítási időszak 1 év, amely a kockázatviselés kezdetének napján veszi kezdetét és a biztosítási évfordulót megelőző nap végén fejeződik be. A biztosítási évforduló minden évben a kockázatviselés kezdetének napja;
- 2.9. 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 – a Biztosított státuszomról lemondhatok, a csoportos biztosításból kiléphetek;
- 2.10. 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 – a jelen csatlakozási nyilatkozatban biztosítottnak jelölt személy biztosított státuszát megszüntethetem.

3. Tudomásul veszem, hogy a Szerződő a Biztosítás létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, valamint a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben, az (EU) 2016/679 számú Általános Adatvédelmi Rendelet (továbbiakban: GDPR) 6. cikk (1) bekezdés b) pontja szerint szerződés teljesítése jogalapon kezelt személyes adatokat a Biztosító részére átadja. A csoportos biztosítás szolgáltatása során végzett adatkezelésről az alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwfpisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=192&wpfd_file_id=45176&token=&preview=1 linken található részletes tájékoztatás.

4. **Jelen nyilatkozatommal kifejezetten hozzájárulok¹ ahhoz, hogy a biztosító csoportos egészségbiztosítás szolgáltatás keretében egészségügyi adataimat kezelje a szerződés teljesítéséhez² szükséges célból.**

Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezeléséhez a Biztosítási tevékenységről szóló törvény 136. §-a és a GDPR 9. cikk (2). bekezdés a) pontja alapján kifejezett hozzájárulás szükséges, azonban a fenti 3) pontban említett adattovábbítás a szerződés teljesítése jogalapon – érintetti hozzájárulás nélkül – történik. Amennyiben nem járul hozzá az egészségügyi adatok kezeléséhez, úgy szolgáltatási igény teljesítésére nem kerülhet sor.

Az egészségügyi adatok kezelésével összefüggésben az alfa.hu/wp-admin/admin-ajax.php?juwfpisadmin=false&action=wpfd&task=file.download&wpfd_category_id=184&wpfd_file_id=19649&token=&preview=1 oldalon nyújtunk részletes tájékoztatást.

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 az Alfa Csoportos Egészségbiztosítások Általános Biztosítási Feltételeit és Különös Biztosítási Feltételeit, az Általános és Különös Biztosítási Feltételek Záradékát, a Termékmismertetőt, a Tájékoztatót a Biztosításközvetítőről, és az Egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó dokumentumot megkaptam, azok tartalmát, valamint a 4. pontban szereplő adatkezelési tájékoztatók tartalmát megismertem, valamint tájékoztatást kaptam, hogy ezen dokumentumok megtalálhatóak az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár (izys.hu) és az Alfa Vienna Insurance Group Zrt. honlapján (alfa.hu/izys).

Kockázatviselés kezdete: év hó nap

A kockázatviselés kezdete jelen nyilatkozat aláírását követő második hónap első napja!

Kelt: , év hó nap

Pénztártag (Szülő/Törvényes képviselő) aláírása

Szolgáltatásra Jogosult hozzátartozó aláírása

Tanácsadó neve:

Tanácsadó kódja:

¹ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: GDPR). 9. cikk (2). bekezdés a) pontja.

² GDPR. 6. cikk (1). bekezdés b) pontja.

PÉNZTÁRTAG

Pénztártag neve

Pénztári azonosító

KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI (amennyiben nem a pénztártag a biztosított)

Alulírott kijelentem, mint az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár tagja, hogy közeli hozzátartozómat szolgáltatási jogosultként és biztosítottként jelölöm meg:

Név

Születési név

Születési hely

Születési idő

Anyja születési neve

Állampolgárság

Állandó lakcím

Szolgáltatási kedvezményezett közeli hozzátartozói minősége

házastárs élettárs nagyszülő szülő* gyermek** testvér unoka

* örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő is ** örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek is

NYILATKOZATOK

Alulírott felhatalmazom az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztárt, hogy az Alfa Care, az Alfa Kid, 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 16-31. 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