



Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT HOSPITAL – csoportos fekvőbeteg ellátásra vonatkozó Műteti biztosítás

Honlap: www.aegon.hu

Az IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár (székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20., nyilvántartási száma: 01-04-0000274) mint Szerződő és az Aegon Magyarország Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1., cégjegyzékszáma: 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, élettársukra 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, élettársamat, 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 műtét költsége 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 között	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 Aegon 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;

- 2.6. 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 betegségem, 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 betöltöttem 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.aegon.hu/adatbiztonsag oldalán, míg a csoportos biztosításokra vonatkozó adatvédelmi tájékoztató a www.aegon.hu oldalon 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 Aegon Magyarország Zrt. honlapján (aegon.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: