

Biztosításközvetítő neve:

Biztosításközvetítő kódja:

Biztosításközvetítő vállalkozás:

CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT METLIFE EUROPE D.A.C. IZYS CSOPORTOS SZOLGÁLTATÁSFINANSTÍROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

Alulírott tudomásul veszem, hogy a(z) **IZYS Egészség- és Önsegélyező Pénztár** (székhelye: 1051 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 20. cégjegyzékszám: 01 04 0000274) **mint Szerződő** és a **MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe** (székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22., cégjegyzékszám: 01-17-000934) **mint Biztosító** határozatlan idejű **MetLife Europe d.a.c. Izys csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítást** (a továbbiakban: Biztosítás) kötöttek, amely jogviszonyban a fent nevezett Biztosításközvetítő is közreműködik.

A jelen csatlakozási nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy¹

- a Biztosításhoz **mint pénztártag** Biztosítottként csatlakozni kívánok.
- a Biztosításhoz **mint a pénztári tag kedvezményezettje** Biztosítottként csatlakozni kívánok.

A **Biztosított személyes adatai** a következők:

Név:

Születési név:

Neme:

Anyja neve:

Születési hely és idő:

Állandó lakcím:

Levelezési cím:

E-mail cím:

Telefonszám:

A pénztártag tagi azonosítója:

¹ A megfelelő bejelölendő, csak egy válasz lehetséges.

1. A Biztosításba tartozó biztosítási fedezetek

dr. MetOnline Asszisztencia biztosítás	A szolgáltatás keretében a biztosítottnak a feltételek teljesülése esetén az Ellátásszervező a saját partnerhálózatán belül telefonos orvosi tanácsadást illetve ellátás szervezést nyújt.
Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítás	A szolgáltatás keretében a biztosítottnak a feltételek teljesülése esetén az Ellátásszervező a saját partnerhálózatán belül megszervezi és finanszírozza nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokat (pl. ultrahang, röntgen, MRI, CT, PET CT).
Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítás	A szolgáltatás keretében a biztosítottnak a feltételek teljesülése esetén az Ellátásszervező a saját partnerhálózatán belül megszervezi és finanszírozza egy napos sebészeti beavatkozások lebonyolítását.

2. Választott díjfizetési gyakoriság: havi
3. Biztosítás díja a díjfizetési gyakoriság szerint: 4 990 Ft/biztosított
4. A kockázatviselés kezdete: jelen nyilatkozat aláírását követő hónap 16. napja
5. Biztosítás tartama: határozatlan

6. Mint Biztosított, illetve pénztártag tudomásul veszem az alábbiakat:

- a) A Biztosítás díját a Szerződő fizeti meg a Biztosító részére. A **Szerződő a biztosítási díjat a Biztosítottra hárítja**, amit a nyilatkozatot tevő pénztártag fizet meg a saját vagy az egészségpénztári tagságához tartozó kedvezményezett nevében. **Pénztártagként** jelen csatlakozási nyilatkozattal elfogadom és egyúttal **meghatalmazom a Szerződőt, hogy az egészségpénztári számlámról** a rám, illetve szolgáltatási kedvezményezetttemre **áthárított díjat havi rendszerességgel levonja**.
- b) A Biztosító **kockázatviselése** a Biztosított vonatkozásában a jelen **csatlakozási nyilatkozat aláírásának napját követő hónap 16. napján 0:00 órakor kezdődik**.
- c) Az **első díjfizetés** a kockázatviselés kezdeti hónapjának 15. napján (amennyiben ez munkaszüneti nap, akkor a következő munkanap), míg a **további díjfizetés** minden hónap 15. napján (amennyiben ez munkaszüneti nap, akkor a következő munkanap) esedékes.
- d) A **kockázatviselés tartama** a Biztosított vonatkozásában **legfeljebb a Biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási időszak²** végéig terjedő időtartam. A kockázatviselés megszűnésére a Biztosítás szabályzatában foglaltak irányadók.
- e) A biztosítási időszak végével, legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30. napig a Biztosított a csoporttagságáról **lemondhat** a Szerződő penzugy@izys.hu e-mail címére küldött nyilatkozattal.
- f) A biztosítási szerződésbe a Biztosított, annak hatálya alatt **szerződőként nem léphet be**.
- g) **A Biztosítás kedvezményezettje minden esetben a Biztosított.**

² A biztosítási időszak egy hónap, minden hónap 16. napja 0:00 órától a következő hónap 15. napjának 24:00 óráig tart.

-
7. Mint Biztosított **kijelentem**, hogy a jelen csatlakozási nyilatkozat aláírásának időpontjában:
- 16 és 69 év közötti személy**; illetve
 - a Szerződő által kínált egészségpénztári szolgáltatásban **pénztártag vagy kedvezményezett** vagyok.
8. Mint Biztosított kijelentem, hogy a Biztosításhoz való **csatlakozás során tett nyilatkozataim megfelelnek a valóságnak**, és tudomásul veszem, hogy valótlán adatok közlése esetén a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás teljesítése alól.
9. Mint Biztosított kijelentem, hogy a jelen csatlakozási nyilatkozat megtétele előtt **a Biztosítási Szabályzatot, az ebben lévő Adatkezelési Tájékoztatót, illetve a Biztosítási Termékismertetőt megkaptam, megismertem**, és az azokban lévő **feltételeket elfogadom**. Az Adatkezelési Tájékoztató vonatkozásában tudomásul veszem, hogy a Biztosító a részére önkéntesen megadott személyes adataimat a Adatkezelési Tájékoztatóban, illetve a Biztosítási Szabályzatban meghatározottak szerint kezeli.
10. **Mint Biztosított kifejezetten elfogadom**,
- hogy a Nagyértékű diagnosztikai, illetve az Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatások esetében **kizárólag** a kockázatviselési időszakon belül, **a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül** bekövetkezett és szükségessé vált vizsgálatok, illetve beavatkozások térítendőek.
 - hogy a biztosító a **második orvosi vélemény szolgáltatást** csak az adott biztosított jogviszony hatálybalépését követő **90 nap elteltével nyújtja**, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.
 - hogy a biztosító a **Nagyértékű diagnosztikai, illetve Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatásokat** csak az adott biztosított jogviszony hatálybalépését követő **60 nap elteltével nyújtja**, kivéve, ha a Nagyértékű diagnosztikai, illetve az Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatásokra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.
11. **Mint Biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító, a Szerződő, az Ellátásszervező illetve a Biztosításközvetítő kezeljék az egészségügyi adataimat.**³
- Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a **Biztosító** minden egészségügyi ellátást nyújtó szervezettől, valamint azok szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezettől és természetes személytől, valamint minden olyan jogi személytől és természetes személytől, amely, vagy aki az egészségügyi adataimat és a személyes adataimat kezeli („adatkezelő szerv és személy”), az **egészségügyi adataimat beszeresse**, egyben ezen **adatkezelő szervek és személyek az egészségügyi adataimat a Biztosítónak továbbítsák**, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a **Biztosító az egészségügyi adataimat ezen adatkezelő szervek és személyek részére továbbítsa**.
12. Alulírott Biztosított **tudomásul veszem**, hogy a biztosítási esemény bejelentésének feltétele, hogy a Biztosító, illetve **ellátásszervező partnere, a Teladoc Hungary Kft.** (Székhely: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32. III. em., Cégjegyzékszám: 01-09-864388; Adószám: 13613781-2-42) rendelkezésére állnak a Biztosítottra vonatkozó, általa megadott és az azonosítására alkalmas adatok. A biztosítási esemény bejelentése esetén a Biztosító ellátásszervező partnere, az érintett Biztosítottra vonatkozó **biztosított jogviszony ellenőrzéséhez** bekérheti a Biztosítottól a pénztár által kiállított, igazolást a biztosított jogviszony fennállásáról, illetve az **ellátás jogosságának elbírálására** szolgáló egyéb dokumentumokat.

3 A Biztosító és a Biztosításközvetítő azokat a biztosítási titoknak minősülő adatokat, ideértve az egészségi állapottal összefüggő egészségügyi adatokat is, jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által meghatározott egyéb cél lehet.

13. Alulírott Biztosított **kijelentem**, hogy a szolgáltatás igénybevételét a Biztosítóval, az ellátásszervezőjével és az egészségügyi szolgáltatóval közvetlenül – a Pénztár bevonása nélkül – intézem, ideértve az esetleges panaszokat is.

14. Mint Biztosított **tudomásul veszem**, hogy a Biztosító adatkezelési tájékoztatója a Biztosító honlapján (www.metlife.hu) is megtalálható.

Kelt: _____

Nyilatkozatot tevő Biztosított aláírása

Nyilatkozatot tevő pénztártag aláírása
(amennyiben a Biztosított nem a pénztártag)

Korlátozottan cselekvőképes kiskorú biztosított esetén, mint a kiskorú személy törvényes képviselője, a jelen csatlakozási nyilatkozat aláírásához hozzájárulásomat adom:

Törvényes képviselő aláírása