

Szerződő: IZYS Önkéntes Egészség- és Önségélyező Pénztár (rövid neve: IZYS Egészségpénztár)

Biztosított adatai:

Családi és utónév: _____

Születési családi és utónév: _____

Anyja születési neve: _____

Születési hely, idő: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ-szám): _____ Adóazonosító jel: _____

Elektronikus levelezési cím: _____ Mobilszám: _____

1. Alulírott tudomásul veszem, hogy az IZYS Egészségpénztár, mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) egészségpénztárra elszámolható szolgáltatást finanszírozó IZYS PrivateMed Next csoportos szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződést (a továbbiakban: „szerződés”) kötött egymással.

2. Jelen Biztosítotti nyilatkozat (a továbbiakban: Nyilatkozat) aláírásával kijelentem, hogy az IZYS PrivateMed Next csoportos egészségbiztosításhoz Biztosítottként csatlakozni kívánok, egyben hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító kockázatviselése rám kiterjedjen.

Kérem a pénztárt, hogy az egyéni számlán és/vagy rendelkezésemre álló célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összeg terhére a csatlakozást követően az egészségbiztosítás

IZYS Extra – 23 920 Ft/hó

IZYS Business – 25 450 Ft/hó

szolgáltatási csomag havi díját a Biztosító részére havonta megfizesse. Kötelezettséget válllok arra, hogy amennyiben célzott egészségpénztári keretem terhére nem lehet levonni a díjat, akkor a biztosítási díj megfizetéséhez szükséges fedezetet az egyéni számlámra befizetem.

A csoportos egészségbiztosításhoz történő csatlakozás dátuma a csatlakozás hónapját követő második hónap első napja.

3. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozat aláírása előtt megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés főbb jellemzőiről, a biztosítási feltételeket és az ahhoz csatolt Adatkezelési tájékoztatót megismertem, a biztosítási termékismertetőt, a biztosítási feltételekről szóló összefoglaló tájékoztatót átvettem és mindezt aláírásommal igazolom.

4. Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása.

5. Tudomásom van arról, hogy

– a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el;

– a Biztosító a szerződésbe foglalt egészségügyi ellátás megszervezéséhez ellátásszervező szolgáltatását veszi igénybe;

– a biztosítási jogviszony létesítése, állományban tartása során a Biztosítóval közölt vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adatokkal kapcsolatban élhetek többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési, valamint az adathordozhatósághoz való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található;

– a biztosítási titkot képező személyes adat csak az írásbeli hozzájárulásommal, vagy a biztosítási törvény felhatalmazása alapján továbbítható harmadik személynek, a felhatalmazásra vonatkozó szabályokat az Adatkezelési tájékoztató 1. számú Függeléke tartalmazza;

– a biztosító önkéntes és kifejezett hozzájárulásommal a különleges – egészségügyi – adataimat is kezelheti a biztosítási jogviszony fennállásának tartama alatt, valamint azt követően addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

6. A Biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján **önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy
- a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
 - azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában **felmentem a titoktartási kötelezettség alól** az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szervezet, nyomozó hatóságokat).
7. Az IZYS Egészségpénztártól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján **önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy személyes adataimat (név, tagkód, adóazonosító jel, TAJ szám, születési hely, születési dátum, anyja neve, lakcím, levelezési cím, elektronikus levelezési cím, mobilszám) a Pénztár az egészségbiztosítási szolgáltatás igénybevételének biztosítása céljából a szerződött biztosító partner, az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. felé továbbítsa.
- Elérhetőségeim megadásával **hozzájárulok** ahhoz, hogy az IZYS Egészségpénztár elektronikus levelezési címemet és/ vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári hírleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre.
- Kijelentem, hogy **jelen nyilatkozatom önkéntesen** és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Tudomással bírok arról, hogy jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1583 Budapest, Pf.: 49.) vagy a ugyfelszolgalat@izys.hu e-mail címre küldött levél útján, azonban a hozzájárulás visszavonása a szolgáltatásokhoz való hozzáférésemben akadályt jelenthet.
8. **Kijelentem**, hogy a szerződésbe annak hatálya alatt szerződőként nem lépek be.
9. Alulírott **kijelentem**, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
10. **Kijelentem**, hogy a jelen Nyilatkozatom annak visszavonásáig hatályos.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____
Biztosított pénztártag aláírása