

Szerződő: _____

Biztosított adatai: _____

Családi és utónév: _____

Anyja születési neve: _____

Születési hely, idő: _____ TAJ-szám: _____

Állandó lakcím: _____

1. Alulírott tudomásul veszem, hogy _____ mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) PrivateMed Next egészségbiztosítási szerződést (a továbbiakban: „szerződés”) kötött egymással.

2. Jelen Biztosítotti nyilatkozat (a továbbiakban: Nyilatkozat) aláírásával kijelentem, hogy a PrivateMed Next egészségbiztosításhoz Biztosítottként csatlakozni kívánok.

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 megismerem, 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. A Biztosító részére átadásra kerülő személyes adataim a következők: név, anyja neve, születési hely és idő, lakcím és levelezési cím, mobilszám és e-mail cím, azonosító okmány típusa és száma.

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 www.union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el.
- a biztosító a szerződésben 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 Függeléké 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

- 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.
- a biztosító a társadalombiztosítási azonosító jelemet (TAJ szám) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje.

7. Kijelentem, hogy a szerződésbe annak hatálya alatt szerződőként nem lépek be.

8. Alulírott kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.

9. Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatom annak visszavonásáig hatályos.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____
biztosított aláírása