

Szerződő: \_\_\_\_\_

**Biztosított adatai:**

Családi és utónév: \_\_\_\_\_

Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ TAJ-szám: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

**1. Alulírott tudomásul veszem, hogy \_\_\_\_\_ mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) UNIMED csoportos egészségbiztosításra biztosítási szerződést (a továbbiakban: „csoportos szerződés”) kötött egymással, melynek fedezetét a szerződő személyemre kiterjesztette.**

**2. Hozzájárulok**, hogy a szerződő bejelentse a csoportos szerződés keretében nyújtott szolgáltatás igénybevételére való jogosultságomat a biztosító felé a jelen Hozzájáruló nyilatkozatban (a továbbiakban: Nyilatkozat) megjelölt személyes adataim megadásával.

**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 feltételekről szóló összefoglaló tájékoztatót átvettem.

**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. A biztosító a szerződésben foglalt egészségügyi ellátás megszervezéséhez az Advance Medical szolgáltatását veszi igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató a <https://union.hu/adatvedelem> honlapon érhető el.
- 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 hozzájárulással, vagy a biztosítási törvény felhatalmazása alapján továbbítható harmadik személynek, a felhatalmazásra vonatkozó szabályokat az Adatkezelési tájékoztató 1. számú Függelék 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.
- a biztosító a társadalombiztosítási azonosító jelemet (TAJ szám) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezeli.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_

biztosított aláírása