

Szerződő (a szerződést megkötő jogi személy megnevezése): _____

Biztosított munkavállaló neve és születési dátuma: _____

Biztosított hozzátartozó adatai:

Családi és utónév: _____

Anyja születési neve: _____

Születési hely, idő: _____

Állandó lakcím: _____

TAJ szám*: _____

**TAJ szám hiányában adóazonosító jel, annak hiányában más alfanumerikus azonosító (pl.: útlevélszám)*

Levelezési cím (opcionális): _____

Mobil szám (opcionális): +36 _____

E-mail cím (opcionális): _____

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 csatlakozási nyilatkozat hozzátartozók számára** (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 megismertem, a biztosítási termékismertetőt, a biztosítási feltételekről szóló összefoglaló tájékoztatót átvettem és mindent aláírásommal igazolom.**
4. **Hozzájárulok, hogy a szerződő bejelentse a szerződés keretében nyújtott szolgáltatás igénybevételére való jogosultságomat a biztosító felé a következő személyes adataim megadásával:** név, anyja neve, születési hely és idő, lakcím és levelezési cím, mobilszám és e-mail cím, TAJ szám vagy adóazonosító jel, annak hiányában más alfanumerikus azonosító (pl.: útlevélszám).
5. **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.**
6. **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 élhetnek 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.

7. 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) vagy adóazonosító jelemet, ezek hiányában valamely más alfanumerikus azonosítót (pl. útlevekszámomat) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje.
 - 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 kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez 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 szerveket, nyomozó hatóságokat).
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.
11. **Tudomásom van arról**, hogy a szerződőnél foglalkoztatott hozzátartozóm a szerződés díjfizetője, erre tekintettel hozzájárulok, hogy hozzátartozóm a szerződéshez szükséges adatokat és jelen nyilatkozatot mind a szerződő, mind a biztosító részére átadja. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a hozzátartozóm munkaviszonya bármilyen okból megszűnik vagy a díj fizetése szünetel, a biztosító jogosult a szerződésben meghatározott jogkövetkezményeket alkalmazni.

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