

Alulírott: _____ (meghatalmazó neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

meghatalmazom: _____ (meghatalmazott neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., valamint a megbízásából eljáró ellátásszervező, a Global Assistance Kft. előtt a **csoportos egészségbiztosítással kapcsolatban helyettem és nevemben:**

☐ teljeskörűen eljárjon,☐ tájékoztatást kérjen,☐ a részemre ellátásszervezést kezdeményezzen,**melynek során a biztosítási titoknak minősülő személyes és egészségügyi adataimat megismerhesse, azokhoz hozzáférjen.**

Alulírott Meghatalmazó kijelentem továbbá, hogy a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződés és biztosítotti jogviszony tekintetében felmentem a Biztosítót, valamint a megbízásából eljáró ellátásszervezőt a harmadik személyekkel szembeni titoktartási kötelezettsége alól a Meghatalmazott irányába, és a Biztosító, valamint az ellátásszervező jogosult a Meghatalmazott részére a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződésre és a biztosítotti jogviszonyra tekintettel általa kezelt adatokat a Meghatalmazott részére átadni.

Mint Meghatalmazó kijelentem, hogy teljeskörűen tisztában vagyok az általam jelen formában adott meghatalmazás jogi természetével és az ebből eredő következményekkel.

Tudomásul veszem, hogy az általam a fentiek szerint a biztosítotti jogviszonyommal kapcsolatban adott meghatalmazás alapján eljáró személy által egyeztetett időpont érinti az éves biztosítási limitet.

Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.

Tudomással bírok arról, hogy a már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően az ellátásszervezőnél, ezen rendelkezés a meghatalmazott által történt foglalás esetén is érvényes rám.

A meghatalmazott eljárása esetén is vonatkozik rám az, hogy amennyiben az ellátásra egyeztetett időpontot megelőző két munkanapon belül részemről az időpontot érintő lemondás, módosítás történt az ellátásszervezőnél, vagy nem jelenek meg az egyeztetett időpontban az egészségügyi szolgáltatónál, úgy a biztosító a rendelkezésemre álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet a biztosítási feltételekben meghatározottak szerint csökkenti, valamint a feltételekben foglalt egyéb korlátozások kerülnek alkalmazásra.

Kifejezetten úgy nyilatkozom, hogy megértettem: adott biztosítási évben az ellátásra vonatkozó limitet tehát a fentiek alapján úgy is kimeríthetem, hogy a meghatalmazott által foglalt időpontokon nem jelenek meg, vagy a tervezett ellátást megelőző két munkanapon belül mondom le vagy módosítom az időpontot, vagy nem az ellátásszervezőnél mondom le vagy módosítom a tervezett ellátást.

Jelen meghatalmazás és nyilatkozat írásbeli visszavonásig érvényes.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Meghatalmazó

Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás: _____

Aláírás: _____

Név: _____

Név: _____

Állandó lakcím: _____

Állandó lakcím: _____