

Biztosítotti csatlakozási nyilatkozat – csoportos utasbiztosítás

Biztosított neve: _____

Biztosított születési dátuma: _____

Anyja születési neve: _____

Telefonszám: 06 - _____

E-mail: _____@_____

Biztosítási termék megnevezése: Hóbarát csoportos utasbiztosítás a Magyar Snowboard Szövetség csoportos utasbiztosításának biztosítottjai részére

Választott csomag (Kérjük, választását jelölje x-szel!):

:

Bázis ☐

Bázis + Tréner kiegészítő ☐

Biztosítás szerződője: Magyar Snowboard Szövetség

(rövid név: Magyar Snowboard Szövetség.; székhely: 1146 Budapest, Istvánmezei út 1-3.;

Nyilvántartást vezető szerv: Fővárosi Törvényszék, Nyilvántartási szám: 01-07-0000062; adószáma: 18063459-2-42)

Jelen nyilatkozatommal Biztosítottként csatlakozom a Szerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (székhely: 1082 Budapest, Baross u. 1., cégjegyzékszám: 01-10-041566, adószám: 10491984-4-44, továbbiakban: Biztosító) között létrejött csoportos utasbiztosítási szerződéshez. Megismertem és jelen nyilatkozat elfogadásával egyidejűleg elfogadom a csoportos utasbiztosítási szerződés ügyféltájékoztatóját és általános és különös biztosítási feltételeit, és hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító kockázatviselése rám kiterjedjen. Kijelentem, hogy a Biztosító www.union.hu/adatvedelem weboldalon elérhető adatkezelési tájékoztatóját előzetesen megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Kijelentem, hogy

- jogosult vagyok magyarországi társadalombiztosítási ellátásra, vagy egyéb Magyarországon történő gyógykezelés költségeinek kiegyenlítésére alkalmas biztosítással rendelkezem;
- életvitelszerűen Magyarországon lakó magyar állampolgár, vagy Magyarországon letelepedett külföldi állampolgár vagyok;
- jelen csatlakozási nyilatkozat megtételekor Magyarország területén tartózkodom.

Tudomásul veszem, és egyben elfogadom, hogy nem illet meg annak a joga, hogy a fent megjelölt csoportos utasbiztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, így a csoportos utasbiztosítási szerződéssel kapcsolatban nem illethet meg a szerződés alakításának joga.

érted

Tudomásul veszem és egyben elfogadom, hogy a szerződő a biztosítási díj rám eső részének megfizetését rám áthárítja, egyben kötelezettséget vállalok a biztosítási díj megfizetésére.

A rám vonatkozó biztosítási díj összege: 42.500-Ft/év. A biztosítási díjat a jelen csatlakozási nyilatkozat megtételével egyidejűleg, egy összegben vállalom megfizetni a Biztosító részére átutalás útján a Biztosító UniCredit Bank Hungary Zrt-nél vezetett 10918001-00000003-01590044 sz. bankszámlájára.

A rám vonatkozó **kockázatviselés kezdete:**

Kifejezetten tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselése – többek között – nem terjed ki:

– bármely olyan ellátásra vagy gyógyszervásárlásra, amely a már korábban fennálló egészségi állapot miatt szükséges, és a biztosítás megkötésekor előreláthatóan, vagy nagy valószínűséggel a biztosítás tartama alatt válik szükségessé, kivéve a sürgős szükség esetét;

– olyan szolgáltatásra, amely nem szükséges a diagnózis megállapítása vagy a kezelés céljából és nem akut megbetegedés vagy baleseti sérülés miatt válik szükségessé;

– azon többletköltségekre, amelyek meghaladják az ésszerű és szokásos díjat az adott országban;

– a kórházi kezelés azon többletköltségeire, amelyek abból adódtak, hogy bár orvosilag megengedett lett volna, a Biztosított döntése miatt a Biztosító nem tudta a Biztosítottat (akár speciális módon is) további gyógykezelés céljából Magyarországra szállítani;

– amennyiben a Biztosított nem kéri a Biztosító hozzájárulását az egészségügyi ellátás igénybevételéhez, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik, az 1000 euró összeghatárt meghaladó károk esetében a fenti összeghatárt meghaladó költségekre, a Biztosító közreműködése nélkül történt hazaszállítás költségeire, az elvárható, ésszerű orvosi kockázat túllépése nélkül a (lehető legkorábbi) hazatérés utánra halasztható vizsgálatokra, műtétre.

Település

Dátum

A Biztosított sajátkezű aláírása

Tudomásul veszem, hogy a Szerződő a biztosított jogviszonyhoz kapcsolódó személyes adataimat (név, születési idő, anyja neve lakcím, telefonszám, e-mail cím) továbbá a biztosításra vonatkozó adatokat (kockázatviselés kezdete, vége, biztosítás díja, választott szolgáltatási csomag) átadja a Biztosító részére annak érdekében, hogy a biztosítási jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási jogviszonyból származó igények elbírálásával, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezésével összefüggő célból kezelje, és ebben a körben felhasználja. Tájékoztatást kaptam arra vonatkozóan, hogy az adatkezelés jogalapja a biztosítási szerződés teljesítése.

Tudomásom van arról, hogy:

- a biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. A biztosító a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatás iránti igények elbírálásához asszisztencia partner szolgáltatását veszi igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint a Biztosító Adatkezelési tájékoztatója a <https://union.hu/adatvedelem> honlapon érhető el.
- a biztosítási jogviszony létesítése, állományban tartása során a Biztosítóval és a Szerződéssel 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 a Biztosító adatkezelésre vonatkozó adatkezelési tájékoztatójában található.
- a biztosítási titkot képező személyes adat csak az írásbeli hozzájárulásommal, vagy a biztosítási törvény felhatalmazása alapján továbbítható harmadik személynek, a felhatalmazásra vonatkozó szabályokat a Biztosító 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.

érted

Jelen biztosítotti nyilatkozat aláírásával az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen és kifejezetten hozzájárulok, hogy

- a Biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a kockázat és 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.

Kijelentem továbbá, hogy tájékoztatást kaptam arról is, hogy az egészségügyi adataim kezeléséhez való hozzájárulás megtagadása, vagy visszavonása esetén a Biztosítónak nem áll módjában utasbiztosítási terméket értékesítenie vagy biztosítási jogviszonyt fenntartania a számomra. A biztosítási jogviszony létrejöttét megelőzően, vagy annak fenntartása és esetleges ellátási igények/szolgáltatási igények érvényesítése során egészségügyi adat kezelése szükséges, erre tekintettel a biztosítás megkötése vagy fenntartása ellehetetlenül.

A Biztosító tájékoztatja a Biztosítottat, hogy a vonatkozó csoportos biztosítási szerződés kapcsán tudomására jutott adatokat a Bit. alapján biztosítási titokként kezeli.

Kijelentem, hogy személyes, illetve egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen hozzájárulásomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva adtam.

.....		
Település	Dátum	A Biztosított sajátkezű aláírása

Kijelentem, hogy a jelen Biztosítotti nyilatkozat elfogadása előtt a 2014. évi LXXXVIII. törvényben (Bit.) meghatározott megfelelő tájékoztatást megkaptam a Biztosító főbb adatairól, valamint a csoportos utasbiztosítási szerződés jellemzőiről. Kijelentem továbbá, hogy a vonatkozó utasbiztosítási ügyféltájékoztatót, általános és különös biztosítási feltételeket megismertem, ezeket, valamint a biztosítási termékismertetőt és az adatkezelési tájékoztatót átvettem, és mindezeket jelen aláírásommal igazolom.

Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlán adatok közlése esetén a Biztosító megtagadhatja a szolgáltatást, kivéve, ha az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a csatlakozásomkor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozatom a biztosítóhoz intézett visszavonásáig hatályos. A visszavonás következtében a biztosító kockázatviselése a visszavonó jognyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezés hónapjának 23:59-kor megszűnik.

.....		
Település	Dátum	A Biztosított sajátkezű aláírása

érted