BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

Közeli hozzátartozói Biztosítotti nyilatkozat a Védőpajzs Csoportos Egészségbiztosításokhoz

Alulírott Közeli hozzátartozó

Neve: ⌊_____⌋

Születéskori neve: ⌊_____⌋

Lakcíme a következők szerint: ⌊_____⌋ ország ⌊_____⌋ irányítószám ⌊_____⌋ település,

⌊_____⌋ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Születési helye: ⌊_____⌋ ideje: ⌊_____⌋év⌊_____⌋ hó⌊_____⌋ nap

Anyja születési neve: ⌊_____⌋

az **Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önsegélyező Pénztár** (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18.; adószám: 18238949-1-41, továbbiakban: Pénztár) _____ tagi azonosítón nyilvántartott tagjának közeli hozzátartozója ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Pénztár, mint szerződő részemre, mint biztosított részére az Allianz Hungária Zrt-vel (a továbbiakban: Biztosító) létrejött Egyedi Csoportos Egészségbiztosítási szerződést személyemre, mint biztosított részére kiterjessze és a csoportos biztosítási szerződésbe való csatlakozáshoz és szolgáltatáshoz szükséges adataimat (biztosított neve, születési neve , születési ideje és helye, édesanyjának születéskori neve, neme, lakcíme, e-mail címe, telefonszáma és pénztári tagsági azonosító száma) nyilvántartásából a biztosító részére továbbítsa.

Jelen nyilatkozatom megtételével egyidejűleg kijelentem, hogy biztosítottként csatlakozni kívánok az Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önsegélyező Pénztár és az Allianz Hungária Zrt. között létrejött Egyedi Csoportos Egészségbiztosítási szerződéshez.

Általam választott Egészségbiztosítási csomag (kérjük tegyen 'x'-et a választott csomaghoz):

Közeli hozzátartozói csomagok 2-65 éves belépési korig			
	Kötvényszám		
☐	347182813	Védőpajzs-Basic	99 Ft / fő / hó
☐	347182821	Védőpajzs-Optimum	199 Ft / fő / hó
☐	347182831	Védőpajzs-Exkluzív	299 Ft / fő / hó

Közeli hozzátartozói csomagok 66-70 éves belépési korig			
	Kötvényszám		
☐	347182953	Védőpajzs-Basic	99 Ft / fő / hó
☐	347183186	Védőpajzs-Optimum	199 Ft / fő / hó
☐	347183437	Védőpajzs-Exkluzív	598 Ft / fő / hó

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben és a külön tájékoztatóban, a biztosító honlapján (www.allianz.hu/hu_HU/lakossagi/adatvedelem.html) és a pénztár honlapján (https://www.patikapenztar.hu/dokumentum/letoltes/adatkezelesi_tajekoztato) elhelyezett, a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Tudomásul veszem, hogy a Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok továbbá, hogy az Allianz Egyedi Csoportos Egészségbiztosítással kapcsolatban a Biztosító és a Teladoc Hungary Kft, (székhely: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32.; cégjegyzékszám: 01-09-864388; adószám: 13613781-2-42), mint ellátásszervező az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igényben vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze.

Tudomásul veszem, hogy az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadom, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem vagyok jogosult.

Alulírott biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton tudomásul veszem, hogy a biztosító a csoportos biztosításhoz való csatlakozás elfogadásáról **automatizált kockázat-elbírálás** során dönthet. Automatizált eljárásban dönthet továbbá biztosítási időszakonként egy alkalommal a szerződési feltételekben foglaltak alapján a díj vagy a személybiztosítási összegek módosításáról (indexálás), amelyről a szerződő részére értesítést küld. Az egészségi nyilatkozatban és a szerződésben foglalt adatokkal végzett automatizált döntéshozatal logikája alapján végzett kiértékelés eredménye hatással lehet a biztosítási szerződés díjára, és a biztosítási szerződésben megjelölt kiegészítő fedezetek költségére.

Tudomásul veszem az automatikus döntéshozatallal (ideértve a profilalkotást is) kapcsolatos alábbiakban felsorolt jogaimat:

– jogosult vagyok emberi beavatkozást kérni a biztosító telefonos ügyfélszolgálatán keresztül a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es telefonszámon, vagy személyesen, az ügyfélkapcsolati pontokon vagy biztosításközvetítőnél.
– kifejthetem álláspontomat vagy kifogásomat a fenti elérhetőségeken kívül a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőséhez (Levelezési cím: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Stratégiai és általános igazgatás divízió) címzett levélben, vagy a www.allianz.hu oldalon az adatvédelem link alatti felületen.

Profilalkotásnak minősül a személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzethez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatósághoz, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.

Alulírott szerződő/biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szerződéssel kapcsolatos adataimat automatizált módon kezelje (ideértve a profilalkotást is).

Jelen Nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem továbbá, hogy

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel kapcsolatban

1. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentéséhez az alábbi adataimat, az adatok változása esetén a megváltozott adataimat a biztosító kezelje, és azokat meghatározott gyakorisággal az ellátásszervező Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32.; cégjegyzékszám: 01-09-864388; adószám: 13613781-2-42.) részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítsa. Az adatok köre szerződésszám, biztosítás kezdete és vége, díjjal fedezett időszak, fedezet típusa, egyedi azonosító (biztosított tagsági azonosító száma), szerződő és biztosított neve, titulusa, biztosított születési ideje, biztosított neme, biztosított édesanyja neve, és a biztosított lakcíme, biztosított telefonszáma, e-mail címe.

2. A Teladoc Hungary Kft., mint ellátásszervező kezelje, valamint a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek – valamint, amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található az általam igényelt ellátás szervezésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítsa az alábbi – a szerződő vagy a biztosító által megadott - adatokat: fedezet típusa, biztosított neve, titulusa, biztosított születési ideje, biztosított neme, biztosított édesanyja neve, biztosított lakcíme, biztosított tagsági azonosító száma (továbbiakban: tagi azonosító) és a biztosított telefonszáma, biztosított e-mail címe továbbá a biztosított különleges (azaz egészségügyi) adatai.

3. A biztosító és a Teladoc Hungary Kft., mint ellátásszervező az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Tudomásul veszem, hogy az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet Egyedi Csoportos Egészségbiztosítási szerződési feltételek szerint, amennyiben az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadom, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem vagyok jogosult.

4. A biztosított a nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és az ellátásszervező az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással kapcsolatban

5. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás igénybe vételéhez az alábbi adataimat, továbbá az adatok változása esetén a megváltozott adataimat a biztosító kezelje és továbbítsa – meghatározott gyakoriság szerint – a szolgáltató Teladoc Hungary Kft. részére a szolgáltatással összefüggésben. Az adatok köre: szerződésszám, biztosítás kezdete és vége, díjjal fedezett időszak, fedezet típusa, egyedi azonosító (tagi azonosító), szerződő és biztosított neve, titulusa, biztosított születési ideje, biztosított neme, biztosított édesanyja neve, biztosított címe továbbá – a biztosított által megadott – különleges (azaz egészségügyi) adatai és a biztosított által megadott adatok: biztosított telefonszáma, biztosított e-mailcíme.

6. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás kapcsán a szolgáltató Teladoc Hungary Kft. továbbítsa az adatokat az együttműködő partnerei (ideértve az orvosokat, a mobil-, a telefon- valamint az internetszolgáltatókat) számára, akik a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni.

7. A biztosító honlapján feltett kérdéseimet a biztosító e-mailen továbbítsa a szolgáltató Teladoc Hungary Kft. részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató Teladoc Hungary Kft., valamint az együttműködő partnerei az általam megadott e-mail címre küldjék meg.

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel és az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással kapcsolatban

8. Hozzájárulok, hogy jelen nyilatkozatban foglalt szolgáltatások biztosítása érdekében a szerződő által nyilvántartott egyedi azonosítóm felhasználható legyen.

Kiskorú biztosított esetén a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő

Neve: ⌊_____⌋

Lakcíme a következők szerint: ⌊_____⌋ irányítószám ⌊_____⌋ helység,

⌊_____⌋ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Dátum: _____, ⌊_____⌋év ⌊_____⌋ hó ⌊_____⌋ nap

_____

a biztosított aláírása