

3. sz. melléklet: Biztosítotti nyilatkozat az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár által kötött egészségbiztosításokhoz

Alulírott _____

Lakcíme a következők szerint:

irányítószám _____, település _____, utca:
_____, házzám: _____

Születési helye, ideje: _____;

Anyja születési neve: _____)

Az opcionális biztosítás esetén az alábbi csomagot választom:

- 1. csomag
- 2. csomag
- 3. csomag

az **Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár** (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18.; adószám: 18189072-1-41) tagja ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár, mint szerződő részemre, mint biztosított részére az Allianz Hungária Zrt-nél (a továbbiakban: biztosító) Csoportos személybiztosítási szerződést kössön, a szerződéskötéshez és szolgáltatáshoz szükséges adataimat (biztosított neve, titulusa, születési ideje és helye, édesanyjának születéskori neve, neme, lakcíme, e-mail címe, telefonszáma és pénztári tagsági azonosító száma) nyilvántartásából a biztosító részére továbbítsa.

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

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton tudomásul veszem, hogy a biztosító a biztosítási ajánlat elfogadásáról és a szerződéskötésről **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 ajánlatban, 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 (Fax: +36 (1) 301-6052; Levelezési cím: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Stratégiai és általános igazgatás divízió, Compliance osztály) 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 helyzetéhez, 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 hozzájárulok továbbá, hogy

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel kapcsolatban

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: 1092 Budapest Köztelkek u. 6.; 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.

1. 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.

A biztosító és a Teladoc Hungary Kft, mint ellátásszervező az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igényben vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé. Tudomásul veszem, hogy az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet Egyedi Különös szerződési feltételek 15. pontja¹ 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.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással kapcsolatban

2. 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.
3. 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,

¹ „15. 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 igényben vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé. 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.”

akik a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni.

4. A biztosító honlapján feltett kérdéseimet a biztosító e-mailen továbbítja 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

5. Hozzájárulok, hogy jelen nyilatkozatban foglalt szolgáltatások biztosítása érdekében a szerződő által nyilvántartott egyedi azonosítóm (tagi azonosítóm) felhasználható legyen.

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel kapcsolatban

6. Tudomásul veszem, hogy a szűrővizsgálatok időpontját a biztosító határozza meg és a szűrésre csak a biztosító által meghatározott időpontban van lehetőség. Amennyiben a szűrővizsgálaton az előre egyeztetett időpontban nem tudok megjelenni, úgy erről a biztosítót az ellátásszervezőn keresztül az előre egyeztetett időpontot megelőzően legalább 5 munkanappal korábban köteles vagyok értesíteni. Az új szűrővizsgálati időpontot a biztosító határozza meg.

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

Neve: _____
Lakcíme, _____ ennek hiányában tartózkodási helye: _____
_____ (helyiség) _____ út/utca, házszám, emelet,
ajtó

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap

a biztosított aláírása

Biztosítotti adatkezelési hozzájáruló nyilatkozat az Allianz egészségbiztosításokhoz az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár részére

Alulírott biztosított (amennyiben a biztosított kiskorú vagy vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú, akkor a szülő vagy törvényes képviselő.....), lakcíme (ennek hiányában tartózkodási helye) irányítószám , település , utca házszám....., születési helye, ideje: , adóazonosító jele: , anyja születési neve:)

az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18.; adószám: 18189072-1-41) tagja vagy bejelentett szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhely: 1022 Budapest, Bimbó u. 18.), mint szerződő részemre, mint biztosított az Allianz Hungária Zrt-nél (székhely: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., a továbbiakban: biztosító) Csoportos személybiztosítási szerződést kössön, a szerződéskötéshez és szolgáltatáshoz szükséges adataimat (biztosított/pénztártag neve, titulusa, születési ideje és helye, édesanyjának születéskori neve, neme, lakcíme, e-mail címe, telefonszáma, pénztári tagsági azonosító száma, adóazonosító jele és a választott biztosítási csomag adatai) a nyilvántartásából a biztosító/ellátásszervező részére továbbítsa.

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap

aláírás

Tanú 1:

Tanú 2:

Név:

Név:

Lakóhely:

Lakóhely:

Aláírás:

Aláírás: