

Biztosítotti nyilatkozat az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár által kötött egészségbiztosításokhoz

Alulírott _____

Lakcíme a következők szerint:

irányítószám _____, település _____, utca:
_____, házszám: _____

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, nyilvántartási száma: , 01-04-0000280) 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, tudomásul veszem, hogy a szerződéskötéshez és szolgáltatáshoz szükséges adataimat (biztosított neve, titulusa, születési ideje és helye, édesanyjának születés kori neve, neme, lakcíme, e-mail címe, telefonszáma és pénztári tagsági azonosító száma) nyilvántartásából a biztosító részére továbbítja.

Kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződéshez kapcsolódó Biztosítási Szerződési Feltételeket és Ügyfél-tájékoztatót a biztosítotti nyilatkozat megtétele előtt átvettem és megismertem, az abban foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben és a külön tájékoztatóban (a biztosító honlapján, www.allianz.hu/hu_HU/lakossagi/adatvedelem.html) elhelyezett, a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatót megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztató ismeretében teszem meg.

Kijelentem, hogy a Biztosítotti nyilatkozat aláírását megelőzően, a szerződő (illetve a nevében eljáró személy:) a nyilatkozat tartalmát valamint az Általános szerződési feltételekben foglaltakat részemre a számomra érthető nyelven elmagyarázta.

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 tudomásul veszem, hogy

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel kapcsolatban

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentéséhez a biztosító az alábbi adataimat, az adatok változása esetén a megváltozott adataimat kezeli, és azokat az ellátásszervező Teladoc Hungary Kft. (székhely: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32; cégjegyzékszám: 01-09-864388; adószám: 13613781-2-42.) részére a szolgáltatás nyújtása érdekében továbbítja. 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.

Hozzájárulok ahhoz, hogy 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

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.

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.

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

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

Az orvosi ellátásra szóló fedezettel kapcsolatban

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

¹ „16. 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.”