

EGYÉNI ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

AZ ALLIANZ BIZTOSÍTÓ ÁLTAL NYÚJTOTT EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

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:),

mint az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár (székhely: 1022 Budapest, Bimbó út 18. továbbiakban: Pénztár) tagja vagy bejelentett szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója (*a megfelelőt húzza alá*) figyelemmel a Pénztár és az Allianz Hungária Zrt. (Székhely: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.; a továbbiakban: Biztosító) között létrejött csoportos egészségbiztosítási szerződésre az alábbi nyilatkozatokat teszem.

- 1) Kijelentem, hogy megfelelek a biztosítottakra vonatkozó alábbi kritériumok valamelyikének és igénybe kívánom venni az Allianz Biztosító által nyújtott csoportos egészségbiztosítási szolgáltatást.

Biztosított lehet

- *a 16. életévét betöltött és 65 évnél nem idősebb, az Új Pillér Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál egyéni számlával rendelkező és azonosított természetes személy,*
- *a pénztártag egészségpénztári szolgáltatásra jogosult kedvezményezettjeként bejelentett, 2–65 éves közeli hozzátartozója.*

- 2) Ezennel kifejezetten hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Pénztár, mint szerződő részemre, mint biztosított részére a Biztosítónál csoportos egészségbiztosítási szerződést kössön.

- 3) Az alábbi csomagot választom: (tegyen x-et a megfelelő csomaghoz)

- 1. csomag – 6750 Ft/hó/fő
- 2. csomag – 8940 Ft/hó/fő
- 3. csomag – 12 250 Ft/hó/fő

- 4) Amennyiben pénztártagként kötöm meg a biztosítást, kifejezetten felhatalmazom a Pénztárat, hogy jelen nyilatkozatom alapján a csoportos személybiztosítás teljesítéséhez szükséges biztosítási díjat az egyéni számlámon rendelkezésre álló összegből a Biztosítónak a tárgyható első napjáig átutalással megfizesse. Kifejezetten tudomásul veszem, hogy az egyéni számlámon köteles vagyok a biztosítási díj fedezetét a tárgyható hónap megelőző hónap 15. napjáig az egyéni számlámon elhelyezni, az ennek elmulasztásából eredő minden jogkövetkezményt köteles vagyok viselni, ide értve a biztosítási jogviszony esetleges megszűnését is.

A számlámról biztosítónak átutalásra kerülő összeg, amely tartalmazza a számlatulajdonos biztosított és az általa szolgáltatásra jogosult kedvezményezettek biztosítási díját:Ft/hó (nyilatkozat 3. pontja).

- 5) Biztosítottként tudomásul veszem, hogy a több különböző típusú kritikus betegség egyidejű bekövetkezése esetén a biztosítás szolgáltatási keretösszege nem többszöröződik meg. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási fedezetek esetében a várakozási idő 2 hónap, amely időtartam alatt a Biztosító a baleseti igényeket kivéve szolgáltatást nem teljesít.
- 6) Alulírott felhatalmazom továbbá a Pénztárat, hogy 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.

Kijelentem, hogy a biztosításhoz kapcsolódó valamennyi szükséges és részletes tájékoztatást megkaptam. A Pénztár az egészségbiztosítási szerződés aktuális feltételeit – beleértve a díjazást és az elérhető szolgáltatásokat – a honlapján a www.ujpiller.hu oldal / egészségbiztosítás menüpont alatt folyamatosan elérhetővé teszi.

_____ (helység) _____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Dátum: ____ év ____ hó ____ nap

a biztosított aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú1

Tanú2

Név: _____

Név: _____

Aláírás: _____

Aláírás: _____

Cím: _____

Cím: _____