

Szerződő: **MOZDONYVEZETŐK SZAKSZERVEZETE** (1145 Budapest, Bácskai u. 11)

Biztosított adatai:

Családi és utónév: _____ Születési név: _____

Anyja születési neve: _____ Születési hely, idő: _____

TAJ-szám*: _____ Adóazonosító: _____

**TAJ szám hiányában más alfanumerikus azonosító (pl.: útleveleszám)*

Állandó lakcím / Levelezési cím: _____

Telefonszám / e-mail cím: _____

- Alulírott tudomásul veszem, hogy a MOZDONYVEZETŐK SZAKSZERVEZETE, mint szerződő (a továbbiakban: „szerződő”) és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító (a továbbiakban: „biztosító”) PrivateMed Next egészségbiztosítási szerződést (a továbbiakban: „szerződés”) kötött egymással.**
- Jelen Biztosítotti nyilatkozat (a továbbiakban: Nyilatkozat) aláírásával kijelentem, hogy a PrivateMed Next egészségbiztosításhoz Biztosítottként csatlakozni kívánok.**
- Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozat aláírása előtt megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés főbb jellemzőiről, a biztosítási feltételeket és az ahhoz csatolt Adatkezelési tájékoztatót megismertem, a biztosítási termékismertetőt, a biztosítási feltételekről szóló összefoglaló tájékoztatót átvettem és mindezt aláírásommal igazolom.**
- Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása. A Biztosító részére átadásra kerülő személyes adataim a következők: név, anyja neve, születési hely és idő, lakcím és levelezési cím, mobilszám és e-mail cím, TAJ szám vagy adóazonosító jel, annak hiányában más alfanumerikus azonosító (pl.: útleveleszám)**
- Tudomásom van arról, hogy**
 - a biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató a www.union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el.
 - a biztosító a szerződésben foglalt egészségügyi ellátás megszervezéséhez ellátásszervező szolgáltatását veszi igénybe.
 - a biztosítási jogviszony létesítése, állományban tartása során a biztosítóval közölt vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adatokkal kapcsolatban élnék többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési, valamint az adathordozhatósághoz való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.
 - a biztosítási titkot képező személyes adat csak az írásbeli hozzájárulásommal, vagy a biztosítási törvény felhatalmazása alapján továbbítható harmadik személynek, a felhatalmazásra vonatkozó szabályokat az 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 jogvissonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

6. A biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján **önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy
- az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
 - a biztosító a társadalombiztosítási azonosító jeletem (TAJ szám) vagy adóazonosító jeletem, ezek hiányában valamely más alfanumerikus azonosítóm (pl. útleveleszámomat) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje.
 - azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárnak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában felmentem a titoktartási kötelezettség alól az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).
7. **Kijelentem**, hogy a szerződésbe annak hatálya alatt szerződőként nem lépek be.
8. Alulírott **kijelentem**, hogy a jelen Nyilatkozatban rögzítettek megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
9. **Kijelentem**, hogy a jelen Nyilatkozatom annak visszavonásáig hatályos.
10. Kiskorú biztosított szülői felügyeletet gyakorló törvényes képviselőjeként teszem meg a fenti jognyilatkozatokat.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap _____

Biztosított/kiskorú biztosított
törvényes képviselőjének aláírása

FELHATALMAZÁS CSOPORTOS BESZEDÉSI MEGBÍZÁS TELJESÍTÉSÉRE, A FELHATALMAZÁS MÓDOSÍTÁSA, MEGSZÜNTETÉSE

1. Fizető fél adatai

Fizető fél neve:
 Fizetési számla pénzforgalmi jelzőszáma:

2. Kedvezményezett adatai

Kedvezményezett (közszolgáltató, díjbeszedő, biztosító, eladó stb.) neve: MOZDVEZ
 Kedvezményezett azonosítója: A 19624992T001

3. Kedvezményezettrel szerződéses viszonyban lévő személy (a továbbiakban: szerződő fél) adatai

Szerződő fél (előfizető, biztosított, vásárló stb.) neve:
 Szerződő fél címe:
 Szerződő fél (vagy szerződés) azonosítója a kedvezményezettnél:

4. Teljesítés adatai

Érvényesség kezdete: -- vége: --
 Teljesítés felső értékhatára: Ft,
 azaz _____ forint

5. A felhatalmazás jellege

Eredeti felhatalmazás Módosítás Megszüntetés

6. Nyilatkozat

Jelen nyomtatvány kitöltésével és aláírásával felhatalmazom _____ pénzforgalmi szolgáltatót arra, hogy a fentebb megjelölt kedvezményezettet az általam benyújtott felhatalmazásról értesítse, és fizetési számlámat a kedvezményezett által benyújtott beszedési megbízás alapján - megbízásom keretei között - megterhelje. Felhatalmazásomat a hátoldalon található kitöltési útmutató ismeretében adtam meg.
 Tudomásul veszem, hogy a beszedési megbízás teljesítésére szóló felhatalmazás elfogadásáról, a beszedés megkezdésének tényleges időpontjáról, illetve elutasításáról és annak okáról a kedvezményezettől a számlavezetőm és a szerződő fél kap értesítést.

Hozzájárulok, Nem járulok hozzá, hogy a számlavezetőm a teljesítés felső értékhatáráról értesítse a kedvezményezettet.
 Kelt: év hó nap Kelt: év hó nap
 _____ _____
 Fizető fél aláírása Átvevő hivatalos aláírása