

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT A GROUPAMA MEDICARE CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSHEZ**1. Szerződő adatai**

Szerződő: **Artisjus Magyar Szerzői Jogvédő Iroda Egyesület**
Székhelye: 1016 Budapest, Mészáros u. 15-17.

2. Biztosított adatai

Biztosított neve:			
Neme:	<input type="checkbox"/> férfi <input type="checkbox"/> nő		
Anyja neve:			
Születési helye és ideje:			
Egyedi azonosítója:			
Állandó lakcím:	Ország:		
	Település:		Irányítószám:
	Községi terület neve:		Házszám, emelet, ajtó:
E-mail cím:			
Mobiltelefonszáma:			
Biztosítási csomag:	<input type="checkbox"/> Egyedi Optimum csomag		

3. Nyilatkozatok

- a. Alulírott hozzájárulok**, hogy az 1. pontban megnevezett szerződő (a továbbiakban: szerződő) a Groupama Biztosító Zrt-vel (továbbiakban: biztosító) kötött Groupama Medicare Csoportos Egészségbiztosítási keretszerződést (továbbiakban: szerződés) rám mint biztosítottra kiterjessze.
- b. Kijelentem**, hogy a jelen Biztosítotti nyilatkozat aláírása előtt a szerződési feltételeket megismertem, és a szerződőtől megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól, a szerződés főbb jellemzőiről.
- c. Alulírott kijelentem**, hogy „A személyes adatok, a biztosítási titoknak minősülő adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók”-at (a továbbiakban: Tudnivalók) megismertem. A Tudnivalók ismeretében tudomásul veszem, hogy a biztosító a részére önkéntesen megadott személyes adataimat a Tudnivalókban, illetve a szerződésben meghatározottak szerint kezeli.
- d. Alulírott elfogadom** a szerződési feltételek azon rendelkezéseit, mely szerint kedvezményezettnek a biztosított minősül.
- e. Kijelentem**, hogy a szerződésbe annak tartama alatt szerződő félként nem lépek be.
- f. Alulírott biztosított tudomásul veszem**, hogy az alábbiakban meghatározott adataimat (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító a szolgáltatással összefüggésben a Teladoc Hungary Kft. (székhelye: 1083 Budapest, Szigony utca 26-32., cégjegyzékszám: 01-09-864388) mint ellátásszervező (továbbiakban: ellátásszervező) részére továbbítja. Az adatok köre: biztosított neve, neme, anyja neve, születési helye és ideje, egyedi azonosítója, lakcíme, e-mail címe, mobiltelefonszáma.

Biztosító

- g.** A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítotti jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
- h.** **Alulírott biztosított hozzájárulok**, hogy az ellátásszervező a velem szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja a következő adatokat: biztosított neve, születési ideje, lakcíme, mobiltelefonszáma, valamint a biztosított egészségügyi adatai.
Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni. A biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.
Tudomásul veszem, hogy amennyiben az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadom, az igénybe vett szolgáltatás díját biztosítottként saját magam vagyok köteles kifizetni.
- i.** **Tudomásul veszem**, hogy a szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy telefonos kapcsolatfelvétel esetén az alábbi adatokkal azonosítom magam, mint biztosítottat, továbbá a szerződés szerződőjét:
- szerződő neve
 - biztosított neve
 - biztosított édesanyja neve
 - biztosított születési helye és ideje
 - biztosított állandó lakcíme
- Az online Egészségportál szolgáltatások esetében az azonosítás az általam az első regisztráció során megadott e-mail cím és jelszó alapján történik.
Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon vagy online történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosít, mint biztosítottat.
Tudomásul veszem, hogy az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Amennyiben a biztosított személye nem azonosítható, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.
- j.** **Tudomásul veszem**, hogy ha az ellátásszervező a szolgáltatást egy velem szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján biztosítottként magam fizetem ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező az általam mint biztosított által benyújtott számla alapján a szerződési feltételek szerint indokolt költséget téríti meg részemre mint biztosított részére.
- k.** **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy a biztosító rám, mint biztosítottra vonatkozó kockázatviselése megszűnik az alábbi időpontokban:
- írásbeli nyilatkozatba foglalt kérésem alapján, a nyilatkozat biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájaker;
 - amennyiben a biztosítotti csoporthoz való tartozásom megszűnik és a szerződő a jogviszonyom megszűnését a biztosítónál írásban kezdeményezi a szerződési feltételekben meghatározott időpontig (tárgyhó 20. napja), akkor ebben az esetben a jogviszony megszűnésére irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájaker; amennyiben a kérelem a biztosítóhoz a szerződési feltételekben meghatározott időpont után (tárgyhó 20. napját követően) érkezik meg, úgy a jogviszony megszűnésére irányuló kérelem biztosítóhoz történő beérkezését követő 2. hónap első napjának 0 órájaker szűnik meg a biztosítotti jogviszonyom;
 - halálom (ezen belül baleseti halálom) esetén a halálom időpontjával;
 - a 65. életévem betöltését követő biztosítási évforduló napján 0 óráker;
 - 100%-os baleseti eredetű rokkantság, egészségkárosodás esetén az egészségkárosodás megállapításának időpontjában;
 - amennyiben a csoportos biztosítási keretszerződés megszűnik, a keretszerződés megszűnésének időpontjában.
- l.** **Felhatalmazom a biztosítót**, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138-141.§-aiban, valamint a 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítja. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.
- hozzájárulok**
- m.** **Kijelentem**, hogy az általam megadott adatok a Biztosítotti nyilatkozat megtételének időpontjában fennálló valós állapotnak felelnek meg. **Tudomásul veszem**, hogy a valótlan adatok közlése a közlési kötelezettség megsértésének minősülhet.

Kelt: Budapest, 2024. _____

biztosított munkavállaló aláírása