

REGISZTRÁCIÓS LAP

GONDOSKODÁS PLUSZ CSOPORTOS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS IGÉNYLÉSÉHEZ¹

*Kitöltendő és beküldendő 1 eredeti példányban, az 1.- 2. oldal együttesen.
 A nyilatkozat kizárólag akkor érvényes, amennyiben
 a Pénztártag és az érintett Biztosítási Feltételek szerinti közeli hozzátartozó mind a két oldalt aláírta.*

Amennyiben a megadott elérhetőségi adatok a nyilvántartásunktól eltérőek, azok az itt szereplőknek megfelelően kerülnek módosításra.

Pénztártag neve																										
Pénztártag adóazonosító jele														Pénztártag tagi azonosítója:												
Levelzési cím:																										
Telefonszám:																							E-mail cím:			

1.) Pénztártagra vonatkozó nyilatkozat

(Kizárólag akkor igényelheti, amennyiben a Pénztártag a Gondoskodás Szolidáris Alap Egészségbiztosításban Biztosított, és annak díja rendezve van!)

- Magam részére **igénylem** a **Gondoskodás PLUSZ** Betegségbiztosítást
Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap **01. naptól**

2.) Szolgáltatásra jogosultra vonatkozó nyilatkozat

(Kizárólag akkor igényelheti, amennyiben a Gondoskodás Szolidáris Alap Egészségbiztosításban Társbiztosított és annak díja rendezve van a Pénztártag által, továbbá a Pénztártag jelen nyilatkozat aláírásával vállalja, hogy a Gondoskodás Plusz biztosítás díja a Pénztártagi egyéni egészségszámlájáról levonásra kerüljön!)

- Az alábbi korábban bejelentett szolgáltatásra jogosult(ak) részére kérem a **Gondoskodás PLUSZ** Betegségbiztosítást:

Közeli hozzátartozó (1) neve:																			
Születési dátuma:														Születési neve:					
Adóazonosító jele:														Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap 01. naptól					

Közeli hozzátartozó (2) neve:																			
Születési dátuma:														Születési neve:					
Adóazonosító jele:														Biztosítás kezdete: _____ év _____ hónap 01. naptól					

A Gondoskodás PLUSZ Betegségbiztosítás havi díja: 6.500 Ft/fő.
A Gondoskodás PLUSZ betegségbiztosítás tartalma: 24 órás forródrót, Nemzetközi második orvosi szakvélemény, Járóbeteg-ellátás, Laborvizsgálatok, valamint Diagnosztikai ellátások 250 000 Ft/ év összegben,
 a Biztosító által a Gondoskodás PLUSZ Betegségbiztosítás Biztosítási Feltételeiben meghatározottak szerint.

Alulírott Pénztártag/Szolgáltatásra jogosult Hozzátartozó jelen nyilatkozatommal csatlakozni kívánok az MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár (továbbiakban Pénztár) és az **UNIQA Biztosító Zrt. (Székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74., adószáma: 10456017-4-44)** (továbbiakban Biztosító) közötti Gondoskodás PLUSZ csoportos betegségbiztosítási szerződéséhez az 1. oldalon megjelölt Biztosítottak javára a megjelölt biztosítások igénybe vételére.

Alulírott Pénztártag hozzájárulok, hogy az MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár a Biztosító részére a megadott időponttól határozatlan ideig a megjelöltek szerint az egészségpénztári egyéni számlámról havonta a közölt biztosítási díj összegét zárolja, majd sikeres zárolást követően átutalja a fent megnevezett Biztosító részére.

Pénztártag aláírása	Regisztrált közeli hozzátartozó (1) aláírása	Regisztrált közeli hozzátartozó (2) aláírása
---------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------

Figyelem, a nyomtatvány két oldalas, kérjük mind a két oldalát aláírni!

¹ **Fontos tudnivaló!** Jelen nyilatkozat csak akkor lép hatályba, ha legalább a Pénztár és a Biztosító által kötött szerződés szerinti minimális számú Pénztártag és/vagy Közeli hozzátartozó írásban (a jelen Regisztrációs lap aláírásával és Pénztárnak történő megküldésével) fejezte ki csatlakozási szándékát és a Pénztártag vállalta a biztosítási díj megfizetését. Amennyiben a csatlakozni kívánó Pénztártagok/Közeli hozzátartozók száma 2018. év végéig nem éri el a meghatározott létszámot, úgy a Csoportos Betegségbiztosítási szerződés nem lép hatályba és sem a csatlakozni kívánó Pénztártag/Közeli hozzátartozó, sem a Pénztár, sem a Biztosító nem válik kötelezetté a szerződésben és a Biztosítási Feltételekben meghatározottak teljesítésére.

Alulírott Pénztártag/Szolgáltatásra jogosult Hozzá tartozó jelen regisztrációs lap aláírásával nyilatkozom, illetve tudomásul veszem és vállalom, hogy:

- a Gondoskodás PLUSZ betegségbiztosítás kizárólag akkor indul el (a csoportos biztosítási szerződés és a csatlakozási nyilatkozatom akkor lép hatályba), ha a Pénztár és a Biztosító által kötött szerződés szerinti minimális számú Pénztártag és/vagy Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó írásban (a jelen Regisztrációs lap aláírásával és Pénztárnak történő megküldésével) fejezte ki csatlakozási szándékát és a Pénztártag vállalta a biztosítási díj megfizetését.
- **a szolgáltatásra vonatkozó, Pénztár és Biztosító által meghirdetett ajánlatot megismertem, a Gondoskodás PLUSZ Csoportos Betegségbiztosítás Feltételeit, valamint az eljárási szabályokat ismerem, elfogadom.**
- amennyiben egy személy Pénztártag és Szolgáltatásra jogosult hozzátartozó is a Pénztár nyilvántartása szerint, egy időben Biztosított kizárólag a saját tagsága alapján lehet.
- a Pénztár a biztosításokkal, a biztosítottakkal kapcsolatos ügyintézés, kapcsolattartást a megadott pénztártagi e-mail címemre küldött megkeresésekkel intézi, annak hiányában telefonon, annak hiányában postai úton.
- adott havi biztosítási díj fedezete a Pénztártag egyéni számláján legkésőbb a megelőző hónap 20. napjáig rendelkezésre áll **amennyiben** a biztosítási díj a díjfizetési határidőig nem kerül kiegyenlítésre, a Biztosító a díjjal nem rendezett időszakokra nem viseli a kockázatot. Amennyiben a Pénztár pénztártagi fedezet hiánya miatt nem fizette meg a biztosítás díját a díj esedékességekor, a Pénztár a következő díjfizetés esedékességekor megkísérli zárolni a Pénztártag egyéni számláján a biztosítási fedezet elmaradt díját is (elmaradt és esedékes havi díjait). Amennyiben a Pénztártag számláján zárolásra kerül az összes elmaradt és esedékes biztosítási díj, a sikeres zárolást követő hónap 1. napjától a Biztosító kockázatviselése újraindul. Amennyiben ekkor **a biztosítás esedékes és elmaradt díját a Pénztár nem tudja zárolni a Pénztártag számláján, úgy a Biztosító kockázatviselése a következő hónap első napjától megszűnik, és ez esetben a Gondoskodás PLUSZ biztosításhoz ezt követően a Pénztártag/szolgáltatásra jogosult újra nem csatlakozhat.**
- a Pénztárt nem terheli annak kötelezettsége, hogy a biztosítási díjra vonatkozó számlában szereplő szolgáltatás teljesítését külön igazoltassa, a teljesítést jelen nyilatkozattal igazolom.
- a zárolásra adott pénztártagi megbízást és egyben a biztosított jogviszony visszavonását, megszüntetését írásban kell bejelentenem a Pénztár felé, a regisztrált szolgáltatásra jogosultjaim tekintetében is,
- a zárolásra vonatkozó pénztártagi megbízás visszavonása, módosítása a Pénztártagot terheli, annak elmaradásából, késedelméből vagy az emiatt keletkezett eltérésekből származó viták rendezése a Biztosítóval nem terheli a Pénztárt.
- a zárolásra vonatkozó Pénztártagi megbízás visszavonásának, módosításának elmaradása miatt a már megfizetett biztosítási díj(ak) vissza nem követelhető(k), erre kizárólag téves könyvelés, a Pénztár vagy a Biztosító bizonyítható mulasztása, ill. elhalálozás esetén van lehetőség.
- a Pénztártag tagságának megszűnése esetén a Gondoskodás PLUSZ Biztosítás a Pénztártag és a szolgáltatásra jogosult hozzátartozó tekintetében is megszűnik.
- a biztosítási csomagra vonatkozó lejáratú életkor elérését követő első évfordulóval a biztosított jogviszony megszűnik.
- az esetleges árváltozás esetén a Pénztár elektronikus formában (e-mail-en, vagy a Pénztár honlapján) értesít az új díjtételekről, 60 nappal azok hatályba lépése előtt.
- lehetőségem van díjtétel változás esetén lemondani, illetve további zárolással fenntartani biztosításom.
- a Biztosító által nyújtott szolgáltatás tényleges igénybevételét a Biztosítóval és a biztosítási szolgáltatás teljesítésében közreműködő egészségügyi szolgáltatóval közvetlenül, a Pénztár kihagyásával intézem, ide értve az esetleges reklamációkat is.
- az igénybevétel érdekében a Pénztár a Biztosítóknak, a Biztosító az ellátásszervezőnek átadhatja a fentiekben közölt adatokat.
- a Biztosító a biztosítási szolgáltatás szerinti összeget a Pénztáron keresztül fizeti meg az egészségügyi szolgáltatóknak, az erre vonatkozó minden további intézkedésem nélkül.

Alulírott Pénztártag/Szolgáltatásra jogosult Hozzá tartozó jelen regisztrációs lap aláírásával felhatalmazom a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt, valamint minden egészségügyi ellátást nyújtó, illetve annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezetet és természetes személyt (azaz orvost, kórházat vagy más hatóságot, intézményt, munkahelyi társadalombiztosítási kifizetőhelyet vagy személyt), hogy bármely általa nyilvántartott, az orvosi kórtörténetemmel vagy egészségi állapottommal kapcsolatban levő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szerinti egészségügyi adataimat az UNIQA Biztosító Zrt. (Székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74., adószáma: 10456017-4-44) és az általa a szolgáltatás teljesítésére igénybe vett ellátásszervező részére átadja.

Egyúttal alulírott felmentem a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt, továbbá a fenti adatokat jogszabályi felhatalmazáson alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket (többek között háziorvos) a titoktartási kötelezettségük alól az UNIQA Biztosító Zrt-vel szemben. Tudomással bírok arról, hogy a fentiekben hivatkozott törvény alapján egészségügyi adatnak minősül a testi, értelmi és lelki állapotomra, kóros szenvedélyemre, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

Kötelezettséget válllok arra, hogy jelen meghatalmazásomat a biztosítási jogviszonyom hatálya alatt és a halálom esetére is fenntartom. Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott és a jelen meghatalmazás alapján megszerzett egészségügyi adataimat a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása, illetve a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése és szolgáltatás teljesítése céljából az UNIQA Biztosító Zrt. kezelje (beszerezze, e körben felhasználja, az arra jogosultak számára továbbítsa).

Kijelentem, hogy egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen meghatalmazásomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva adtam.

Az UNIQA Biztosító Zrt. által kezelt adatairól – személyazonossága igazolása után – tájékoztatást kérhet, valamint kérheti adatai helyesbítését, törlését, zárolását, tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogsértés esetén bírósághoz fordulhat. A per megindítható a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszéken vagy a Fővárosi Törvényszéken. Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást az UNIQA Biztosító Zrt. a kérelem közlésétől számított 25 napon belül teljesíti. A tájékoztatás iránti kérelmet az info@uniqa.hu e-mail címre vagy az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70 –74. címre küldheti meg.

....., 20..... év hó nap

Pénztártag aláírása	Hozzá tartozó (1) aláírása	Hozzá tartozó (2) aláírása
---------------------	----------------------------	----------------------------