



Biztosítotti nyilatkozat 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz

Jelen nyilatkozat az **UNIQA Biztosító Zrt.** (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.; továbbiakban: „**Biztosító**”), és a **Kiszámoló Egyesület**, mint Szerződő (a továbbiakban: „**Szerződő**”) között létrejött megállapodás szerves részét képezi. A biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyfélértájékoztató és a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

Ezúton **nyilatkozom**, hogy a Kiszámoló Egyesület, mint Szerződő (a továbbiakban: Szerződő) által kötött csoportos biztosítási szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) **csatlakozni kívánok** az alábbi feltételek szerint.

Biztosító adatai

Biztosító cégneve: **UNIQA Biztosító Zrt.**
Biztosító székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Céggjegyzékszám: 01-10-041515

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Kiszámoló Egyesület**
Szerződő székhelye: 2040 Budaörs, Koszorú utca 14.
Céggjegyzékszám: 13-02-0006984

Biztosítás megnevezése: 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Biztosított adatai

Név: _____
Anyja neve: _____
Születési helye és ideje: _____
Telefonszám: _____
E-mail cím: _____
Lakcím: _____

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási fedezet adatai

Biztosítási fedezetek	Biztosítási összeg Ft/fő
Kockázati életbiztosítás	20 000 000 Ft
Baleseti halál	15 000 000 Ft
Baleseti maradandó egészségkárosodás – arányos (1-100%)	20 000 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés	15 000 Ft
	1. naptól
Csonttörés, csontrepedés	–
Baleseti műtéti térítés (nagy műtét)	200 000 Ft
Közlekedési baleseti halál	15 000 000 Ft
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100% arányos	10 000 000 Ft
Bármely okú, 70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás	12 000 000 Ft
Kiemelten súlyos betegségekre vonatkozó biztosítás	2 000 000 Ft
Éves díj (bruttó) 1 főre	57 480 Ft

Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével

- kijelentem, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződésről nyilatkozattétel előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam, valamint a biztosítás jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól szóló tájékoztatást megkaptam, megértettem és azokat tudomásul veszem, és azok ismeretében teszem a jelen nyilatkozatot. Egyúttal kijelentem, hogy megismertem és áttekintettem a biztosítási Termékismertetőt, a Biztosító Ügyféltájékoztatóját és a Biztosítási Feltételeket, valamint az Adatkezelési tájékoztatót.
- kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződés által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok, a Biztosító által nyújtott, jelen nyilatkozaton megjelölt csomaghoz tartozó 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, és ezúttal kérem a Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.
- tudomásul veszem, hogy jelen dokumentum nem tartalmazza teljes körűen a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos rendelkezéseket és nem helyettesíti a Biztosítási Feltételeinek és az Ügyféltájékoztatónak a megismerését, erre tekintettel tudomásul veszem, hogy a biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyféltájékoztató és a Biztosítási feltételek tartalmazzák.
- tudomásul veszem, hogy
 - a Biztosító kockázatviselésének kezdete a jelen biztosított nyilatkozat megtételét követő hónap első nap 0.00 órája.
 - a Biztosító a jelen egészségügyi kockázatfelméréshez kötött nyilatkozatot – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységhez történő – beérkezéstől számított 60 napos határidőn belül indokolás nélkül elutasíthatja.
 - a Biztosító jelen nyilatkozaton kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a nyilatkozatot a biztosító visszautasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
 - amennyiben az esedékes biztosítási díj a Biztosító részére határidőben nem kerül kifizetésre, és a díjfizetési halasztásban írásban sem történt megállapodás, valamint a Biztosító által a teljesítésre tűzött harminc napos eredménytelenül letelt, a póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása

Nyilatkozat adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével:

- felhatalmazom a Szerződőt arra, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatályának kiterjesztéséhez szükséges, fentiekben meghatározott személyes és egyéb adataimat a Biztosítóknak átadja, abból a célból, hogy a biztosított jogviszony a Biztosító és közöttem létrejöjjön, és a Biztosító a biztosítási szolgáltatást részemre biztosítsa. A Biztosító által kezelt adatok: név, anyja neve, születési hely, idő, lakcím, telefonszám, e-mail cím, és a biztosítási szerződés létrejöttének vagy megszűnésének ténye. A Szerződő, valamint a Biztosító személyes adatokat a jelen Biztosított Nyilatkozatban, valamint a Biztosítási Feltételek fenti pontjában foglalt jogalapon és célokból a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelhet, dolgozhat fel, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító adatkezelőnek, míg a Szerződő adatfeldolgozónak minősül.
- tudomásul veszem, hogy a szerződéskötés, vagy a biztosítási szerződés fennállása során megadott valamennyi adat biztosítási titoknak minősül, amelyeket a Biztosító a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges célból kezel;
- hozzájárulok, hogy a Biztosító a biztosítási titkot – a biztosítási tevékenységről szóló mindenkor hatályos törvényben meghatározott egyéb célok körében – az arra jogosultaknak, továbbá harmadik országbeli (viszont)biztosítóknak továbbítsa;
- felhatalmazást adok a Biztosítóknak a közölt adatok ellenőrzésére;
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása

Nyilatkozat egészségügyi adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtevével:

- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a hatályos jogszabály 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). **Kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a *biztosítási szerződés teljesítése érdekében* kezelje.
- **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszeresse, egyúttal ezen adatkezelő személyeket és az egészségügyi adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó egyéb szerveket (pl. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt) **felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok** ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek és szervek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítóhoz továbbítsák, illetve **hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.
- Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részvételhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat.
- Kijelentem, hogy
 - az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek.
 - egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva tettem meg.
 - a jelen, valamint a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott rendelkezéseiben foglalt adatvédelmi tájékoztatást tudomásul vettem és jelen hozzájárulás megadása részemről önkéntesen történt.
 - a jelen nyilatkozattal visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, és tudomásul veszem, hogy a csoportos biztosítási szerződés vagy a Szerződővel kötött szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosultságom is megszűnik, melyről a Szerződő tájékoztat.
- Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a személyes adataim kezeléséről a Biztosítótól tájékoztatást kérni, kérhetem a személyes adataim helyesbítését, törlését vagy zárolását, illetve jogellenesnek vélt adatkezelés esetén tiltakozhatok azok kezelése ellen, továbbá adataim kezelésével kapcsolatos jogsértés esetén a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez (adatvedelem@uniqa.hu), a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhatok.

A Biztosító a jogi teljesség érdekében **honlapján**, továbbá **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat.**

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása