

BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

KÉRELEM AZ OTP ORSZÁGOS EGÉSZSÉG- ÉS ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁR ÁLTAL KÖTÖTT EGYEDI GROUPAMA „HELLO EGÉSZSÉG” CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS HELLO EGÉSZSÉG MINDENNAPOK, HELLO EGÉSZSÉG OPTIMUM ÉS HELLO EGÉSZSÉG PRÉMIUM BIZTOSÍTÁSI CSOMAG IGÉNYLÉSÉRE VONATKOZÓAN, A PÉNZTÁRTAG VAGY A PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁSOK KEDVEZMÉNYEZETTEI MINT BIZTOSÍTOTTAK RÉSZÉRE¹

1. Pénztártag adatai:

Pénztártag neve:
Adóazonosító jele:

2. Biztosított adatai (pénztártag vagy kedvezményezettje):

- a. Biztosított neve:
 - b. Anyja neve:
 - c. Születési helye és ideje:
 - d. Egyedi azonosítója
- (pénztártag esetén az adóazonosító jel, kedvezményezett esetén a TAJ szám megadása szükséges):

3. Nyilatkozatok

3.1. **Alulírott pénztártag kifejezetten kérem, hogy a biztosító az OTP Országos Önszegélyező Pénztár, mint szerződő (a továbbiakban: Pénztár) és a Groupama Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) által kötött egyedi Groupama Hello Egészség Csoportos Egészségbiztosítási keretszerződést (továbbiakban: szerződés) rám / a 2. pontban megnevezett egészségpénztári kedvezményezettre² (továbbiakban: társbiztosított), mint biztosítottra kiterjessze.**

Az általam választott biztosítási csomag:

- Hello Egészség Mindennapok
- Hello Egészség Optimum
- Hello Egészség Prémium

3.2. **Alulírott pénztártag tudomásul veszem, hogy a biztosító kockázatviselésének feltétele, hogy a biztosítási díj a kockázatviselési tartamra, annak kezdetétől a biztosító részére megfizetésre kerüljön.**

Fentiek alapján mint pénztártag biztosított tudomásul veszem, hogy a Pénztár a rám illetve a társbiztosítottra vonatkozó biztosítási díjat áthárítja és kifejezetten kérem a Pénztárt, hogy az általam választott biztosítási csomag díját havi rendszerességgel az egészségpénztári számlámról történő levonást követően a biztosító részére megfizesse a biztosítási keretszerződésben meghatározottak szerint.

3.3. **Alulírott pénztártag tudomásul veszem, hogy amennyiben egyéni számlámról több biztosítási csomag díját fizetem és egyéni számlámon nem rendelkezem a szükséges fedezettel, a biztosítási díjak levonása az alábbi sorrendben történik:**

- 1. Pénztártagra szóló Hello Egészség Bázis csomag
- 2. Pénztártagra szóló opcionálisan választott csomag
- 3. Társbiztosította szóló Hello Egészség Bázis csomag
- 4. Társbiztosítottra szóló opcionálisan választott csomag.

3.4. **Alulírott pénztártag tudomásul veszem, hogy a fentiek figyelembevételével és a biztosítási feltételekben foglaltak szerint a biztosítási jogviszony és egyben a biztosító kockázatviselése az alábbi időpontban kezdődik meg:**

- a tárgyhónapot követő hónap első napján, amennyiben a biztosítotti nyilatkozat tárgyhónap 15. napjáig beérkezik, és a Pénztár a biztosított adatait tárgyhónap 20-ig a biztosító részére átadja;
- a tárgyhónapot követő második hónap első napján, amennyiben a biztosított a biztosítotti nyilatkozatot tárgyhónap 15. napját követően teszi meg, és a Pénztár a biztosított adatait tárgyhónap 20-át követően adja át a biztosító, illetve ellátásszervező partnere részére.

¹ Biztosított személyenként szükséges a nyilatkozat kitöltése.

² Kérjük a megfelelő személyt aláhúzni!

Biztosító

4. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított kijelentem**, hogy a jelen Biztosítotti nyilatkozat aláírása/megtétele előtt a szerződési feltételeket megismertem, és a szerződőtől megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól, a szerződés főbb jellemzőiről.
5. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított 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.
6. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított elfogadom** a szerződési feltételek azon rendelkezéseit, mely szerint a csoportos egészségbiztosítás keretében a biztosítási szolgáltatások kedvezményezettjének a biztosított minősül.
7. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított kijelentem**, hogy a szerződésbe annak tartama alatt szerződő félként nem lépek be.
8. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított 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 beszerze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138-141.§-ában, 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

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.

9. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított 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. (Székhely: 1092 Budapest Köztelek utca 6., Cégjegyzékszám: 01-09-864388; Adószám: 13613781-2-43) mint ellátásszervező (továbbiakban: ellátásszervező) részére továbbítja. Az adatok köre: biztosított neve, anyja neve, születési helye és ideje, egyedi azonosítója, e-mailcíme.
- Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított tudomásul veszem, hogy a biztosítási esemény bejelentésének feltétele, hogy a biztosító, illetve ellátásszervező partnere, a Teladoc Hungary Kft. (Székhely: 1092 Budapest Köztelek utca 6., Cégjegyzékszám: 01-09-864388; Adószám: 13613781-2-43) rendelkezésére állnak a biztosítóra vonatkozó, általa megadott és az azonosítására alkalmas adatok. A biztosítási esemény bejelentése esetén a biztosító ellátásszervező partnere, az érintett biztosítóra vonatkozó biztosítotti jogviszony ellenőrzéséhez bekérheti a biztosítottól a pénztár által kiállított, aláírással vagy elektronikus aláírással ellátott igazolást a biztosítotti jogviszony fennállásáról.
10. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított hozzájárulok**, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek számára továbbítja a következő adatokat: biztosított neve, születési ideje, lakcíme, mobiltelefonszáma, valamint a biztosított egészségügyi adatai.
- Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított 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.
- Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított 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.
11. **Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított tudomásul veszem**, hogy a szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy telefonos kapcsolatfelvétel esetén az alábbi adatokkal azonosítom magam mint biztosítottat, továbbá a szerződés szerződjét.
- biztosított neve
 - biztosított édesanyja neve
 - biztosított születési helye és ideje
 - biztosított egyedi azonosítója

Az online Egészségportál szolgáltatások esetében az azonosítás az általam az első regisztráció során megadott e-mail cím és jelszó alapján történik.

Alulírott pénztárgazdát biztosított/társbiztosított tudomásul veszem, hogy a szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon vagy online történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosít, mint biztosítottat.

Biztosító

Alulírott pénztárg tag biztosított/társbiztosított 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.

12. **Alulírott pénztárg tag biztosított/társbiztosított tudomásul veszem és elfogadom**, hogy a biztosító biztosítottra vonatkozó kockázatviselése megszűnik az alábbi időpontokban:
- a) a biztosított telefonon rögzített vonalon tett nyilatkozata alapján mind a pénztárg tag biztosítottak mind pedig a társbiztosítottak esetében a feltételekben szabályozott, opcionálisan választott biztosítási csomag (Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium) lemondása esetén a lemondási (kilépési) nyilatkozat Pénztárhoz történő beérkezését (legkésőbb az évfordulót megelőző hónap 15. napja) követő, adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napján 0 órakor, feltéve, hogy a lemondási nyilatkozat az évfordulót megelőző 15. napig a Pénztárhoz megérkezik és a lemondásról a Pénztár a biztosítót értesítette az évfordulót megelőző hónap 20. napjáig. Amennyiben a Pénztár a biztosítót az évfordulót megelőző hónap 20. napját követően értesíti (mert pl. a biztosított lemondási/kilépési nyilatkozat határidőn túl érkezett be az évfordulót megelőző hónapban), úgy az értesítés biztosítóhoz történő beérkezését követő 2. hónap első napjának 0 órájkor szűnik meg a biztosított jogviszony.
 - b) amennyiben a Pénztárral való tagsági jogviszony és ezzel együtt a biztosított csoporthoz való tartozás megszűnik, és a Pénztár az adott biztosított jogviszonyának megszűnését a biztosítónál írásban kezdeményezi (a vonatkozó havi adatszolgáltatásban), annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, melyben a pénztári tagsági jogviszony megszűnt
 - c) amennyiben az esedékességétől számított 30. napig az elmaradt biztosítási díj nem kerül megfizetésre a biztosított részére a 15. pontban és a keretszerződésben meghatározottak szerint, úgy az esedékességtől számított 30. napon 24 órakor;
 - d) a biztosított halála esetén, a biztosított halálának időpontjával; A biztosító a biztosított halálát követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint)
 - e) pénztárg tag biztosított vagy társbiztosított esetében a Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum és Hello Egészség Prémium biztosítási csomag keretében a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló napján 0 órakor;
 - f) a biztosított 100%-os baleseti eredetű rokkantsága, egészségkárosodása esetén, az egészségkárosodás megállapításának időpontjában(A biztosító a biztosított egészségkárosodása megállapításának napját követően a tudomásszerzésig részére megfizetett biztosítási díjat a Pénztár részére visszautalja a keretszerződésben foglaltak szerint);
 - g) amennyiben a keretszerződés megszűnik, a keretszerződés megszűnésének időpontjában;
 - h) amennyiben a biztosított biztosított jogviszonya a Hello Egészség Bázis biztosítási csomag keretében bármely ok miatt megszűnik, adott biztosított vonatkozásában a Hello Egészség Bázis csomag megszűnésével egyidejűleg az opcionálisan választott Hello Egészség Mindennapok, Hello Egészség Optimum, Hello Egészség Prémium csomag keretében is megszűnik a biztosító kockázatviselése;
 - i) pénztárg tag biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével egyidejűleg a társbiztosított biztosítási jogviszonya is megszűnik;
 - j) az a biztosított, aki a biztosított nyilatkozatot rögzített vonalon tette meg (telefonon csatlakozott a biztosítási szerződéshez), a rá vonatkozóan létrejött biztosítási jogviszonyt a részére küldött visszaigazolás kézhezvételétől számított 14 (tizennégy) napos határidőn belül azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatályú felmondás a megtétel napján 24 órakor lép hatályba.
13. **Alulírott pénztárg tag biztosított/társbiztosított kijelentem**, hogy az általam megadott adatok a Biztosított nyilatkozat megtételének időpontjában fennálló valós állapotnak felelnek meg. **Tudomásul veszem**, hogy a valótlan adatok közzlése a közzlési kötelezettség megsértésének minősülhet.

Kelt: _____

pénztárg tag biztosított aláírása

társbiztosított aláírása

A Biztosított nyilatkozatot átvettem.

szerződő