

- amennyiben a biztosítás esedékes díját a Pénztár nem tudja megfizetni az egészségpénztári egyéni számlám vagy a Támogató célzott szolgáltatási számlája megterhelésével, úgy kizárólag a következő hónapban pótolhatom az elmaradt havi díjat.
- amennyiben a biztosítás elmaradt havi és az esedékes havi esedékes díját a Pénztár nem tudja megfizetni az egészségpénztári számlám vagy a Támogató célzott szolgáltatási számlája megterhelésével, úgy az adott időszaki díjfizetési kötelezettség a Pénztárt nem terheli, és a Biztosító kockázatviselése megszűnik az utolsó megfizetett hónap utolsó napjának 24. órájában.
- biztosítási díj nem fizetése miatti, vagy a biztosítási csatlakozás megszüntetése miatti biztosítási jogviszony megszűnése esetén a biztosításhoz az ismételt csatlakozás szabályai szerint csatlakozhatok újból.
- a Biztosító és a Pénztár között létrejött PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésbe a Biztosítási Feltételek értelmében szerződőként nem léphetek be, és a PannonMed+ Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosultságom is megszűnik, melyről a Pénztár tájékoztat.

Mint csatlakozó biztosított a nyilatkozat aláírásával

- **kifejezetten hozzájárulok**, hogy a Biztosító a szerződéskötés, vagy a biztosítási szerződés fennállása során megadott valamennyi adatot, így egészségi állapotommal kapcsolatos és a biztosítás megkötéséhez/teljesítéséhez szükséges adataimat a PannonMed Általános Szolgáltatásfinanszírozó Egészségbiztosítási Feltételek 21. pontjában foglaltak szerint – a szolgáltatás nyújtása érdekében – kezelje (így különösen az ilyen adatokat adatfeldolgozóknak továbbítsa, egyúttal tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a Biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé);
- **tudomásul veszem**, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a Biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni;
- **tudomásul veszem**, hogy a biztosítási díjat a Pénztár fizeti meg a Biztosítónak a Támogató célzott szolgáltatás finanszírozása keretében, annak hiányában az egyéni számlám terhére;
- **tudomásul veszem**, hogy a biztosítási jogviszony létrejöttének és fenntartásának feltétele, hogy a Pénztár rám, mint Biztosítottra nézve a díjfizetési kötelezettségét a Biztosító részére teljesítse, melynek igazolása kizárólag a Pénztár által a biztosítási fedezetet nyújtó Biztosítónak történő adatátadással lehetséges;
- **kijelentem**, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek;
- **tudomásom van arról**, hogy valótlan adatok közlése a Biztosítási Feltételek szerinti közlési kötelezettségsértést alapoz meg. Egyúttal **felhatalmazást adok** a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére;
- **felhatalmazom** a kockázat elvállalásával, fenntartásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, az egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket (többek között háziorvos, társadalombiztosítási szerv), hogy ezen adatokat a Biztosítónak – kérésére – átadják. Ezen adatátadás célja kizárólag a Biztosító biztosításban foglalt szolgáltatásainak szerződésszerű teljesítése;
- **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 **felmentem** a titoktartási kötelezettség alól és **hozzájárulok** ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítónak 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 Biztosítás megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a Biztosításból származó követelések megítéléséhez (pl. a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb cél lehet;
- **tudomásul veszem**, hogy a Biztosító személyes adataim kezelésére vonatkozó részletes Adatkezelési Tájékoztatója a <https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem> címen érhető el.

B) ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT, ADATÁTADÁSI FELHATALMAZÁS

Alulírott jelen nyilatkozatommal kifejezetten elismerem, hogy tudomásom van a fenti biztosítási jogviszony létrejöttének és fenntartásának, továbbá fennállásának azon feltételéről, hogy a biztosított tekintetében a díjfizetési kötelezettség folyamatos. A biztosítás díjának költsége engem terhel és a díjfizetés havonta esedékes. A Biztosító számára a biztosítási szolgáltatás nyújtásához a díjfizetést igazolni szükséges.

Erre tekintettel – összhangban a pénztártitok kiadhatóságára vonatkozó, az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (Öpt.) 40/B.§ (2) bekezdés a) pontjában írt törvényi előírásokban foglaltakkal - felhatalmazom a Pénztárt arra, hogy

- a pénztártitoknak is minősülő természetes személyazonosító adataimat (név, anyja neve, születési hely, születési dátum), valamint a csatlakozás vagy megszűnés időpontjára, a választott szolgáltatási csomagra, valamint későbbi esetleges módosítás időpontjára, e-mail címre vonatkozó adatot a csatlakozáskor, a csatlakozás változásakor, megszűnésekor a Biztosítónak átadja;
- a biztosított jogviszony folyamatos igazolására a biztosítási díj megfizetésével és elszámolásával kapcsolatos, és ahhoz szükséges – pénztártitoknak minősülő adatokat is tartalmazó egyes adataimat, így a pénztártagi azonosító szám, a név, anyja neve, születési dátum, születési hely, e-mail cím valamint a biztosítási csomag megnevezése, biztosított státusz megjelölése, biztosítási jogviszony kezdete/vége, az utolsó megfizetett biztosítási díj vonatkozási időpontja, a pénzügyileg fedezett biztosítási időszak adataimat rendszeresen (havonta) a Biztosítónak átadja;

- és az előbbieken megjelölt adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt a Biztosítóval egyeztesse, egyedi alkalommal vagy időszakosan a Biztosítóval együtt a szolgáltatás nyújtásához, illetve elszámolásához szükséges körben ellenőrizze.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a jelen adatkezelési felhatalmazást bármely okból a biztosított jogviszony létrejöttét követően és fennállása alatt visszavonom, úgy a szolgáltatásnyújtás ellehetetlenülése okán a jelen felhatalmazásom visszavonásának napjától a biztosítási jogviszony, a Biztosító szolgáltatásának igénybevétele személyemre nézve bármely további jogcselekmény nélkül megszűnik.

Kijelentem, hogy a jelen adatkezelési felhatalmazásban foglaltak megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt, és jelen felhatalmazásom a biztosítási jogviszonyom megszűnésével hatályát veszti.

Tudomásom van arról, hogy a Pénztár adatkezeléséről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár honlapján a www.mbhep.hu címen az **Adatkezelési Tájékoztató** linken, melyet elolvasás és értelmezés után elfogadok.

C) ELLÁTÁSSZERVEZÉSHEZ SZÜKSÉGES ADATÁTADÁSI FELHATALMAZÁS

Alulírott, a lenti megfelelő kockába tett X jel esetén önként, jelen külön nyilatkozatom visszavonásáig az Öpt. 40/B § (2) bekezdés a) pontja alapján kifejezetten felhatalmazom a Pénztárt, hogy részemre, mint Biztosított részére elérhető kárrendezés érdekében elektronikus webservice-re történő regisztrálásom esetén webservice útján adatátadást végezzen közvetlenül a Biztosító részére kiszervezett tevékenységet végző Teladoc Hungary Kft. ellátásszervező felé a biztosított csoporttagságom igazolására a biztosítási díj megfizetésével és elszámolásával kapcsolatosan: a pénztártitoknak minősülő adatokat is tartalmazó egyes adataim, így a pénztártagi azonosító szám, név, anyja neve, születési dátum, valamint a biztosítási csomag megnevezése, biztosított státusz megjelölése, biztosítási jogviszony kezdete/vége, az utolsó megfizetett biztosítási díj vonatkozó időpontja, a pénzügyileg fedezett biztosítási időszak adataim vonatkozásában. Kérem, hogy a Pénztár jelen külön felhatalmazásom alapján az elektronikus webservice-re történő regisztrálásom esetére a jövőben biztonságos, elektronikus úton juttassa el ezen adataimat az ellátásszervező részére. Tudomásom van arról, hogy az ellátásszervezőnek webservice útján történő adatátadás csak adatátadási felhatalmazásom birtokában történhet, és felhatalmazásomat bármikor visszavonhatom, valamint ismételten megtehetem. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem webservice-en keresztül kérem eljuttatni az ellátásszervezőhöz a biztosított csoporttagságom igazolást, vagy a webservice-en keresztül történő igazolás küldést lemondok, vagy az ahhoz szükséges adatátadási felhatalmazást később visszavonom, az nem szünteti meg az opcionális csoportos egészségbiztosításhoz való csatlakozásomat, hanem azzal vállalom, hogy a kárrendezés érdekében a Pénztár által részemre kiadott biztosítási jogviszony igazolást saját magam közvetlenül juttatom el az ellátásszervezőhöz. Tudomásul veszem, hogy a jelen felhatalmazással érintett ellátásszervező a biztosítási szolgáltatás nyújtásában a Biztosító megbízott közreműködője, teljesítési segédje, így a jelen felhatalmazásom alapján a Pénztár által az ellátásszervezőnek átadott fenti adataim kezelésével, továbbításával kapcsolatos információkat a továbbiakban közvetlenül a Biztosítótól vagy a Teladoc Hungary Kft. ellátásszervezőtől kérhetek.

Adatátadási felhatalmazást megadom a Pénztár részére az ellátásszervezőnek webservice-en keresztül történő biztosított jogviszony igazolás kiadásához.

Nem kívánok felhatalmazást adni a Pénztár részére az ellátásszervezőnek webservice-en keresztül történő biztosított jogviszony igazolás kiadásához.

Dátum:		Pénztártag aláírása:	<i>Hiteles elektronikus aláírással ellátott dokumentum esetén nem szükséges.</i>
--------	--	----------------------	--

***A nyomtatványt elektronikusán csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként tudjuk befogadni!
Papír alapon kitöltendő és beküldendő 2 eredeti példányban.***

Tanúk: A B) és a C) pontban foglalt hozzájáruló nyilatkozathoz 2 tanú aláírása is szükséges!		Tanú 1.	Tanú 2.
	Név:	<i>Elektronikusán aláírt dokumentum esetén nem szükséges tanú megjelölés</i>	
	Cím:		
	Aláírás:		