

## Aktiválási nyilatkozat (AHEOP-51)

### Allianz EgészségMentor Start csoportos egészségbiztosítás igénybe vételéhez

Kérjük, jelen „Aktiválási nyilatkozat” második oldalán található nyilatkozat kitöltését és aláírását is. A kitöltött, kinyomtatott és aláírt nyilatkozatokat szíveskedjen eljuttatni a Pénztár levelezési címére!

#### PÉNZTÁRTAG ADATAI

A megadott adataimat kérem a pénztári nyilvántartással egyeztetni, eltérés esetén a jelen nyilatkozatban megadott adatokkal a nyilvántartásban lévő adatokat módosítani.

Név: \_\_\_\_\_ Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Tagsági azonosító szám: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Magyarországi értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Alulírott Pénztártag, jelen nyilatkozatommal kijelentem, hogy csatlakozni kívánok az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban Pénztár), valamint az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: Biztosító) között létrejött Allianz EgészségMentor Start csoportos egészségbiztosítási (továbbiakban: Egészségbiztosítás) szerződéshez, a szerződés keretében biztosított szolgáltatásokra való jogosultság érdekében.

Továbbá kijelentem, hogy megismertem az Egészségbiztosítás Pénztár honlapján keresztül elérhető ügyfél-tájékoztatóját és a szerződési feltételeket, valamint a Pénztár Szolgáltatási szabályzatát és Alapszabályát. Nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában teszem.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Pénztár jelen nyilatkozatom beérkezését követően, az Egészségbiztosítás szolgáltatás díjának megfizetése céljából, a Pénztárnál vezetett egészség számlám terhére havi rendszerességgel a biztosítási díjat (ami jelenleg 85 Ft/hó) levonja, és a fenti igénynek megfelelően csoportosítsa át az Allianz EgészségMentor Start Alapba. Tudomásul veszem, hogy az Allianz EgészségMentor Start Alap a mindenkor hatályos Szolgáltatási szabályzat szerint meghatározott Egészségbiztosítás díjat teljesíti a szerződött Biztosító felé.

Abban az esetben, ha jelen nyilatkozatom a tárgyhoz 8. napját követően érkezik be a Pénztárhoz, úgy elfogadom, hogy a tárgyhónapot követő második hónap első napján lép hatályba az Egészségbiztosításra való jogosultságom.

Tudomásom van a Pénztár Alapszabályának azon rendelkezéseiről, miszerint ha egyéni egészség számlám nem nyújt fedezetet az Egészségbiztosítás díjának levonására, illetőleg az Egészségbiztosítás vonatkozásában jelen hozzájárulásomat írásos nyilatkozattal bármikor lemondok, akkor az Egészségbiztosításra való jogosultságom megszűnik. Amennyiben a postai úton megküldött lemondó nyilatkozatom a tárgyhoz 8. napját követően érkezik be a Pénztárhoz, úgy lemondásom a tárgyhónapot követő második hónap első napján lép hatályba.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Pénztártag aláírása

**Biztosítotti nyilatkozat az Allianz EgészségMentor Start egészségbiztosításhoz (AHEOP-52)**

Alulírott, \_\_\_\_\_

Lakcíme a következők szerint:

irányítószám: \_\_\_\_\_ település: \_\_\_\_\_

utca: \_\_\_\_\_ házsám: \_\_\_\_\_

Születési helye, ideje: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

az **Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár** (székhely: 1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.; adószám: 18116870-1-42) tagja ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár (továbbiakban: Pénztár), mint szerződő a Pénztár Alapszabályának 11.9. és 11.10. pontjában vállalt szolgáltatási kötelezettsége (továbbiakban: Szolgáltatás) teljesítése érdekében az Allianz Hungária Zrt-vel (a továbbiakban: Biztosító) létrejött Csoportos személybiztosítási szerződést személyemre, mint biztosított részére kiterjessze, és a szerződéskötéshez és szolgáltatáshoz szükséges adataimat nyilvántartásából a Biztosító részére továbbítsa. Jelen nyilatkozatom megtételével egyidejűleg kijelentem, hogy biztosítottként csatlakozni kívánok a Pénztár és az Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződéshez.

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben és a külön tájékoztatóban (a Pénztár honlapján) elhelyezett, a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatót megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztató ismeretében teszem meg.

Jelen Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok továbbá, hogy az **Allianz EgészségMentor Start** egészségbiztosítással kapcsolatban a Biztosító és a Teladoc Hungary Kft, (székhely: 1092 Budapest, Köztelek utca 6. I. épület 2. emelet.; cégjegyzékszám: 01-09-864388; adószám: 13613781-2-42.), mint ellátásszervező az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és kárrendezés során felhasználja, a Biztosító szolgáltatásaként igényben vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Tudomásul veszem, hogy az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet szerződési feltételek 14. pontja<sup>1</sup> szerint, amennyiben az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadom, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem vagyok jogosult.

Kiskorú biztosított esetén a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő:

Neve, \_\_\_\_\_

Lakcíme, ennek hiányában tartózkodási helye:

irányítószám: \_\_\_\_\_ település: \_\_\_\_\_

utca: \_\_\_\_\_ házsám: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

<sup>1</sup> „14. A biztosított a nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító és az ellátásszervező az egészségügyi adatait nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadja, úgy a biztosítási szolgáltatás igénybevételére nem jogosult.”