

Kötvényszám (szerződésszám): 72279426

Szerződő neve: **Magyar Orvosi Kamara**

MOK tag, MOK alkalmazott, MOK Komplex alkalmazott, vagy partner neve: \_\_\_\_\_

MOK pecsétszám: \_\_\_\_\_

Rokonsági fok: \_\_\_\_\_

**Biztosított adatai:**

Családi és utónév: \_\_\_\_\_

Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Azonosító igazolvány száma, típusa: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

Állampolgárság: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

A jelen nyilatkozat aláírásával, egyidejűleg csatlakozom a **Magyar Orvosi Kamara** mint szerződő (a továbbiakban **szerződő**) és az **UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.** (a továbbiakban mint: **biztosító**) között létrejött Önkéntes Csoportos élet-, és baleset-biztosítási szerződéshez.

Szolgáltatások	Biztosítási összeg Alap csomag	Biztosítási összeg Optimál csomag	Biztosítási összeg Kiemelt csomag
Bármely okú halál	800 000 Ft	1 600 000 Ft	2 400 000 Ft
18-62 év között a biztosítási összeg 100%-át téríti a biztosító	800 000 Ft	1 600 000 Ft	2 400 000 Ft
63-71 év között a biztosítási összeg 75%-át téríti a biztosító	600 000 Ft	1 200 000 Ft	1 800 000 Ft
72-80 év között a biztosítási összeg 50%-át téríti a biztosító	400 000 Ft	800 000 Ft	1 200 000 Ft
Baleseti halál esetén maximum*	1 600 000 Ft	3 200 000 Ft	4 800 000 Ft
Égés miatt bekövetkező baleseti halál esetén maximum**	2 400 000 Ft	4 800 000 Ft	7 200 000 Ft
Közlekedési baleseti halál esetén maximum**	2 500 000 Ft	5 000 000 Ft	7 500 000 Ft
Baleseti egészségkárosodás (20-100%)	90 000 Ft	180 000 Ft	270 000 Ft
Bántalmazás okán bekövetkező baleseti egészségkárosodás (20-100%) esetén maximum***	180 000 Ft	360 000 Ft	540 000 Ft
Baleseti műtéti térítés esetén	100 000 Ft	200 000 Ft	300 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés max. 60 nap/év	1 000 Ft/nap	2 000 Ft/nap	3 000 Ft/nap
Csonttörés (egyösszegű)	20 000 Ft	40 000 Ft	60 000 Ft
Égési sérülés (%-os térítés)	40 000 Ft	80 000 Ft	120 000 Ft
65%-ot meghaladó baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás egyszeri térítés	300 000 Ft	600 000 Ft	900 000 Ft
<b>A biztosított által választott biztosítási csomag:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Alap csomag</b> <b>3300 Ft/főév</b> <input type="checkbox"/> <b>Optimál csomag</b> <b>6600 Ft/főév</b> <input type="checkbox"/> <b>Kiemelt csomag</b> <b>9900 Ft/főév</b>		

\* a biztosítási összeg tartalmazza a „Bármely okú halál” kockázatra vonatkozó biztosítási összeget.

\*\* a biztosítási összeg tartalmazza a „Bármely okú halál” és a „Baleseti halál” kockázatokra vonatkozó biztosítási összegeket.

\*\*\* a biztosítási összeg tartalmazza a „Baleseti egészségkárosodás (20-100%)” kockázatra vonatkozó biztosítási összeget.

**A biztosító kockázatviselése** a biztosított nyilatkozat aláírását követő hónap első napjával kezdődik.

**A következő nyilatkozatot teszem:**

1. Jelen biztosított nyilatkozat aláírásával **kijelentem**, hogy jelen nyilatkozat aláírásakor:
  - életkorom a 18. évet elérte, de a betöltött 79 évet nem haladja meg,
  - nem részesülök rokkantsági, illetőleg rehabilitációs ellátásban,
  - érvényes MOK tagsági jogviszonnal rendelkezem, vagy MOK / MOK Komplex alkalmazott vagy partner vagyok, vagy a fenn megjelölt hozzátartozóm érvényes MOK tagsági jogviszonnal rendelkezik, illetve MOK / MOK Komplex alkalmazott vagy partner.
2. Mint a csoportos élet-, és baleset-biztosítási szerződés biztosítottja:
  - 2.1. **Kijelentem**, hogy a jelen Nyilatkozat aláírása előtt megfelelő tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól és a biztosítási szerződés főbb jellemzőiről, a Magyar Orvosi Kamara által kötött Önkéntes csoportos élet- és baleset-biztosítás feltételeit és az ahhoz csatolt Adatkezelési tájékoztatót, a biztosítási termékismertetőt, a biztosítási feltételekről szóló összefoglaló tájékoztatót megismertem.
  - 2.2. **Kijelentem**, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása.
  - 2.3. **Tudomásom van arról**, hogy:
    - a biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató a [www.union.hu/adatvedelem](http://www.union.hu/adatvedelem) weboldalon érhető el.
    - a biztosítási jogviszony létesítése, állományban tartása során a biztosítóval közölt vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adatokkal kapcsolatban élhetnek többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési, valamint az adathordozhatósághoz való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.
    - a biztosítási titkot képező személyes adat csak az írásbeli hozzájárulásommal, vagy a biztosítási törvény felhatalmazása alapján továbbítható harmadik személynek, a felhatalmazásra vonatkozó szabályokat az Adatkezelési tájékoztató 1. számú Függeléké tartalmazza.
    - a biztosító önkéntes és kifejezett hozzájárulásommal a különleges – egészségügyi - adataimat is kezelheti a biztosítási jogviszony fennállásának tartama alatt, valamint azt követően addig, ameddig a biztosítási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmazza.
  - 2.4. A biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján **önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy:
    - a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
    - azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában **felmentem a titoktartási kötelezettség alól** az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).
  - 2.5. **Visszavonhatatlanul kijelentem**, hogy a fent megjelölt csoportos élet-, és baleset-biztosítási szerződésbe azok hatálya alatt szerződőként nem lépek be.
  - 2.6. **Tudomásul veszem**, hogy a szerződő a biztosítási díj megfizetését rám áthárítja.
3. **Tudomásul veszem**, hogy a biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy veleszületett rendellenességekkel (a továbbiakban együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről tudomással bírtam.
4. **Tudomásul veszem**, hogy a fentieknél bővebb tájékoztatást közvetlenül a biztosítótól kaphatok, illetve biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosítóhoz kell fordulnom.
5. **Kijelentem**, hogy a fenti biztosított nyilatkozatban tett nyilatkozataim megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást.
6. **Tudomásul veszem** és elfogadom, hogy amennyiben az esedékes biztosítási díjat nem fizetem meg, akkor az esedékességtől számított 30. napon a biztosított jogviszonyom automatikusan megszűnik.
7. **Tudomásul veszem**, hogy a biztosító a kárrendezés során jogosult a káresemény bekövetkezésének időpontjára vonatkozóan a MOK tagság, MOK / MOK Komplex alkalmazotti vagy partneri és a közeli hozzátartozói viszony fennállásának ellenőrzésére és ezt igazoló dokumentumok bekérésére.
8. **Tudomásul veszem**, hogy a MOK Komplex Pénzügyi Tanácsadó Kft (továbbiakban: Közvetítő) a Biztosítási szerződés biztosított felé történő közvetítése során független biztosításközvetítőként (alkusz) jár el.
9. **Az Biztosítási szerződés éves díja: \_\_\_\_\_ Ft/fő/év, melynek – mint áthárított díjrésznek – a megfizetése a belépést követően a biztosított kötelezettsége.** A díjat az **Union VIG Biztosító Zrt. 11600006-00000000-14544390** számú díjbeszedési számlájára átutalással kerül megfizetésre. Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosító részdíjat nem fogad el.
10. A 2017.04.01. időpont előtti előzmény (MKB) biztosítással rendelkező biztosítottak jogosultak, a biztosítás éves díját egy összegben, a kockázatviselés kezdetétől számított 60 napon belül megfizetni (halasztott díjfizetés). A 60 nap alatti vagy előzmény károk kifizetése csak a díj beérkezése után kerül kifizetésre.
11. **Tudomásul veszem**, hogy a **biztosítási eseményt a bekövetkezésétől** – illetve a tudomására jutásától – **számított 8 napon belül, írásban** az alábbi címre kell bejelenteni:  
**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1380 Budapest Pf. 1076.**  
A bejelentéshez szükséges kárbejelentő letölthető: [www.union.hu](http://www.union.hu)  
Személyesen a kárbejelentés megtehető: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Ügyfélszolgálat 1134 Budapest Váci út 33.  
Tel: (36-1) 486-4343  
Biztosítottként a jelen okirat aláírásával kifejezetten, és visszavonhatatlanul felhatalmazom a szerződőt/közvetítőt arra, hogy a biztosítóval kötött szerződése alapján fennálló adatszolgáltatási kötelezettsége teljesítése érdekében valamennyi rendelkezésre bocsátott adatomat, a biztosító részére átadja, illetve megadja. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a biztosító, és a biztosításközvetítő az ily módon rendelkezésére bocsátott adatokat kezelje.

**A biztosítással, valamint a kárbejelentéssel kapcsolatos részletes szabályokat a csoportos élet-, és baleset-biztosításra vonatkozó biztosítási feltételek tartalmazzák.**

Kelt: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
MOK, MOK Komplex tag, alkalmazott vagy partner aláírása

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása