

Alulírott: _____ (meghatalmazó neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

meghatalmazom: _____ (meghatalmazott neve)

lakcím: _____

születési hely, idő: _____

anyja neve: _____

hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., valamint a megbízásából eljáró ellátásszervező, az UNION-Érted Ellátásszervező Kft. előtt a **csoporthoz tartozó egészségbiztosításommal kapcsolatban helyettem és nevemben:**

- teljes körűen eljárjon,
 tájékoztatást kérjen,
 a részemre ellátásszervezést kezdeményezzen,

melynek során a biztosítási titoknak minősülő személyes és egészségügyi adataimat megismerhesse, azokhoz hozzáférjen.

Alulírott Meghatalmazó kijelentem továbbá, hogy a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződés tekintetében felmentem a Biztosítót, valamint a megbízásából eljáró ellátásszervezőt a harmadik személyekkel szembeni titoktartási kötelezettsége alól a Meghatalmazott irányába, és a Biztosító, valamint az ellátásszervező jogosult a Meghatalmazott részére a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződésre tekintettel általa kezelt adatokat a Meghatalmazott részére átadni.

Mint Meghatalmazó kijelentem, hogy teljes körűen tisztában vagyok az általam jelen formában adott meghatalmazás jogi természetével és az ebből eredő következményekkel.

Tudomásul veszem, hogy az általam a fentiek szerint a csoportos egészségbiztosítással kapcsolatban adott meghatalmazás alapján eljáró személy által egyeztetett időpont érinti az éves biztosítási limitet.

Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit a rendelkezésre álló éves limit erejéig megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatóknak.

Tudomásul veszem, hogy a már egyeztetett időpontot a biztosítótnak csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb két munkanappal a vizsgált időpontját megelőzően az ellátásszervezőnél, ezen rendelkezés a meghatalmazott által történt foglalás esetén is érvényes számomra.

A meghatalmazott eljárása esetén is vonatkozik számomra az, hogy amennyiben az ellátásra egyeztetett időpontot megelőző két munkanapon belül részemről lemondás, módosítás történt az ellátásszervezőnél, vagy nem jelennek meg az egyeztetett időpontban az egészségügyi szolgáltatóknál, úgy a biztosító a rendelkezésemre álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet csökkenti az egyeztetett ellátás költségének 50%-ával, és ugyanezen ellátás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válok ismét jogosulttá.

Kifejezetten úgy nyilatkozom, hogy megértettem: adott biztosítási évben az ellátásra vonatkozó limitet tehát a fentiek alapján úgy is kimeríthetem, hogy a meghatalmazott által foglalt időpontokon nem jelennek meg, vagy a tervezett ellátást megelőző két munkanapon belül mondom le vagy módosítom az időpontot, vagy nem az ellátásszervezőnél mondom le vagy módosítom a tervezett ellátást.

Jelen meghatalmazás és nyilatkozat írásbeli visszavonásig érvényes.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Meghatalmazó

Meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás: _____

Név: _____

Állandó lakcím: _____

Aláírás: _____

Név: _____

Állandó lakcím: _____