

BIZTOSÍTÁSI FEDEZETEKRE VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT

az Allianz Gondoskodás Most szerződéshez

A SZERZŐDŐ ADATAI:

Szerződésszám: _____
Családi és utónév: _____
Lakcím, ennek hiányában _____ helység,
tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám
Telefonszám (vezetékes): _____ Telefonszám (mobil): _____ / _____
E-mail cím: _____

a) Természetes személy szerződő esetén:

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Az azonosító okmány típusa:² Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevel Kártyás vezetői engedély

Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____

Adóazonosító jel: _____

b) Nem természetes személy szerződő esetén:

Jogi személy neve, rövidített neve: _____

Székhely/magyarországi _____ helység,

fióktelep címe: _____ út/utca, házszám

Fő tevékenységi kör: _____

Képviselőre jogosultak neve, beosztása:

Családi és utónév: _____ Beosztás: _____

Családi és utónév: _____ Beosztás: _____

Kézbesítési megbízott adatai:

Családi és utónév: _____

Lakcím, ennek hiányában _____ helység,

tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám

Telefonszám (vezetékes): _____ Telefonszám (mobil): _____ / _____

E-mail cím: _____

Cégjegyzékszám/határozati, nyilvántartási szám: _____ - _____ - _____ Adószám: _____ - _____ - _____

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésen a szerződési feltételek értelmében az alábbi, a biztosítási fedezetekre vonatkozó rendelkezés(eke)t kérem végrehajtani.^{1,2} (Az alábbi változtatások végrehajtására a biztosítási évfordulóval kezdődő hatállyal van mód.)

- új biztosított és rá vonatkozóan új biztosítási fedezet(ek) jelölése,
 meglévő biztosítottra vonatkozóan új biztosítási fedezet(ek) választása,
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatása,³
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a biztosítási fedezetek megszüntetése,⁴
 biztosított jelölésének visszavonása a szerződésből.

¹ Megfelelő rész jelölendő (x jellel). ² A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(oka)t kitölteni. ³ Az orvosi ellátásra szóló fedezet szolgáltatásait, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteket a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, valamint a Második orvosi szakvéleményre szóló fedezet szolgáltatását a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, továbbá a Második orvosi szakvéleményre szóló fedezet szolgáltatását, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartalmazzák. ⁴ A biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezet megszüntetésével a biztosítottra vonatkozó minden biztosítási fedezet megszűnik, a biztosított a szerződésről törlesre kerül. A szerződés egyetlen biztosítottjára vonatkozó életbiztosítási fedezet megszüntetésével az Allianz Gondoskodás Most szerződés is megszűnik.

Biztosított adatai:¹ Azonos a szerződővel

Családi és utóneve: _____ Neme: férfi nő

Születési neve:² _____ Állampolgársága: _____

Anyja születési neve: _____

Születési helye: _____ ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme, ennek hiányában _____ helység,
tartózkodási helye: _____ út/utca, házszám

Levelezési címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám

A személyazonosító okmány típusa:¹ Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útleveél Kártyás vezetői engedély

A személyazonosító okmány száma _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____

Adóazonosító jele: _____

Telefonszáma (vezeték): _____ / _____ Telefonszáma (mobil): _____ / _____

E-mail címe: _____

Választott biztosítási fedezetek:³

	Új fedezet(ek) jelölése, biztosítási összeg	Gyakoriság szerinti díj	Meglévő fedezet megváltoztatása biztosítási összeg	Meglévő fedezet törlése
Életbiztosítás (kötelezően választandó):	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Baleseti halál:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Baleseti rokkantság:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Baleseti műtéti térítés:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Baleseti kórházi napi térítés:*	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Baleseti csonttörés, csontrepedés: ⁴	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Kritikus betegségek:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Rokkantsági ellátás:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Műtéti térítés:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Kórházi napi térítés:*	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	<input type="checkbox"/>
Orvosi ellátás:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Második orvosi szakvélemény:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Rákdiasztika és orvosi betegvezetés:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>

* Kórházi napi térítés esetén önrész:¹ 0 nap 3 nap 7 nap

Kedvezményezett(ek) az életbiztosítási fedezet szolgáltatására:

Név	Születéskori név	Anyja neve	Születési hely	Születési idő	A kedvezményezés aránya
1. A szerződő a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					

Kedvezményezett(ek) a baleseti halálra szóló biztosítási fedezet szolgáltatására:

Név	Születéskori név	Anyja neve	Születési hely	Születési idő	A kedvezményezés aránya
1. A szerződő a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					

¹ Megfelelő rész jelölendő (x jellel). ² Előző név, leánykori név. ³ Megfelelő rész kitöltendő. ⁴ A baleseti csonttörés, csontrepedés fedezet választható legmagasabb biztosítási összegét a szerződési feltételek tartalmazzák. ⁵ Kérjük akkor töltsse ki, ha a biztosított vagy kedvezményezett részére írásbeli nyilatkozattal erre kötelezettséget vállalt. Az ilyen kedvezményezett jelölést a biztosított és/vagy kedvezményezett hozzájárulása nélkül nem lehet módosítani vagy visszavonni.

ÚJ BIZTOSÍTOTT ÉS RÁ VONATKOZÓAN ÚJ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET JELŐLÉSE VAGY MEGLÉVŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓAN ÚJ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET(EK) VÁLASZTÁSA ESETÉN AZ ALÁBBI NYILATKOZATOKAT TESZEM.

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító a jelen nyilatkozatot az átadástól számított 15, egyedi kockázatelbírálás esetén 60 napon belül elutasíthatja. Amennyiben a kockázatelbírálás alatt biztosítási esemény következne be, úgy a biztosító csak akkor élhet ezzel a joggal ha erre a lehetőségre a nyilatkozaton a figyelmet kifejezetten felhívta és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges. Egyedinek minősül a kockázatelbírálás, ha orvosi vizsgálat szükséges. A biztosított az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményét az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatótól megismerheti.

Alulírott szerződő tudomásul veszem, hogy a jelen biztosítási fedezetekre vonatkozó rendelkező nyilatkozatban foglaltakhoz annak megtételétől számított 15 napig, ha a nyilatkozat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, akkor 60 napig kötve vagyok.

Alulírott biztosított tudomásom van arról, hogy öt munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a biztosítónak a tényleges tulajdonos személyére vonatkozó adatokban és a saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és az e kötelezettségek elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Szerződés díjára vonatkozó nyilatkozat

Alulírott szerződő tisztában vagyok azzal, hogy a szerződés – a tartam alatt érvényes – rendszeres díja megegyezik a szerződéshez kapcsolódó biztosítási fedezetek díjának összegével.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító meghatározhatja a szerződés minimális díját. A szerződő úgy választhat biztosítási fedezeteket, valamint biztosítási összegeket, hogy a szerződés díja elérje a minimális díjat, illetve biztosítottanként az adott biztosítottra vonatkozó minimális díjat.

Tudomásul veszem, hogy a szerződés tartama alatt nem hajtható végre olyan rendelkezés, amelynek következtében a szerződés díja a minimális díj alá csökkenne.

Alulírott szerződő tájékoztatást kaptam arról, hogyha a szerződés díja a szerződés tartama alatt a minimális díj alá csökken a biztosítási szerződés évfordulóra megszűnik.

Kelt: _____, _____] év _____] hó _____] nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás¹

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem, hogy a fent megjelölt szerződés-számú biztosítás megkötése során megkaptam a most igényelt biztosítási fedezetre vonatkozó ügyfél-tájékoztatót, szerződési feltételeket, ezek mel-

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem továbbá, hogy a biztosítási fedezetekről szóló jelen rendelkező nyilatkozat megtétele előtt átvettem és megismertem az alábbi szerződési feltételeket és az abban foglaltakat elfogadom.

biztosítási fedezet neve

A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

Kelt: _____, _____] év _____] hó _____] nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás¹

Nyilatkozat a biztosítás díjának fizetéséről

Alulírott szerződő tisztában vagyok azzal, hogy a feltételek alapján a biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezet biztosítási díja az adott biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulóig fizetendő. A baleset- és egészségbiztosítási fedezet díja a szerződés megszűnésig, illetve az adott biztosítottra vonatkozó fedezet megszűnéséig fizetendő.

Tudomásul veszem, hogy az életbiztosítási fedezet tekintetében a biztosítottra vonatkozó biztosítási összeg a biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulón és a további évfordulókön – a díjfizetési kötelezettség megszűnésével – nem csökken. A díjfizetési kötelezettség megszűnését követően az életbiztosítási fedezet – a biztosított 85. életévének betöltését követő első évfordulón érvényes – változatlan biztosítási összeggel továbbra is érvényben marad.

Nyilatkozat a fedezetek biztosítási díjának a biztosítási évfordulón történő emelkedéséről

Alulírott szerződő tisztában vagyok azzal, hogy a biztosítási fedezetek díjai növekedhetnek a biztosítási évfordulón, akár a biztosítási szolgáltatás vagy biztosítási összeg változatlansága mellett is. Ennek oka, hogy a biztosítottak életkorának emelkedésével együtt a biztosítási kockázat is növekszik. Ezen túlmenően a biztosító a szerződés tartama alatt, az évfordulótól kezdődő hatállyal új díjat állapíthat meg a baleset-, és egészségbiztosítási fedezetekre, melyek esetén a szerződőt megilleti a szerződési feltételekben foglalt felmondási jog.

Tudomásul veszem továbbá, hogy az életbiztosítási fedezet biztosítási összegére a biztosító a biztosított 70. életéve betöltését követő évfordulótól kezdődően a biztosított 85. életéve betöltését követő évfordulóig (ezt az évfordulót is beleértve) rögzített, 3%-os értékkelővétést érvényesít. A biztosító az ilyen életkorú biztosított életbiztosítási fedezetére ettől eltérő index-mértéket nem ajánl fel. A szerződő az ilyen életkorú biztosítottra vonatkozóan nem jogosult rögzített értékkelővétést elutasítani, vagy ettől eltérő mértékű értékkelővétést kezdeményezni. A biztosított 85. életéve betöltését követő második évfordulón és a további évfordulókön a biztosított életbiztosítási fedezetére a biztosító nem ajánl fel indexálást. A szerződő az ilyen életkorú biztosítottra vonatkozó életbiztosítási fedezetre nem jogosult értékkelővétést kezdeményezni.

A fentiek ismeretében alulírott szerződő a biztosítási szerződési feltételekben foglaltak szerint a jelen nyilatkozattal kezdeményezem a biztosítási szerződés megváltoztatását. Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a jelen nyilatkozatot én tettem, az abban foglalt adatokat, és a biztosító kérdéseire adott válaszokat, nyilatkozatokat én adtam meg. Ezen adatok, válaszok, nyilatkozatok helyességét, valamint akaratomnak megfelelő voltát ellenőriztem. Alulírott biztosított hozzájárulok a biztosítási szerződésnek a jelen nyilatkozatban foglalt megváltoztatásához.

a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)¹

lékleit melyeket a most igényelt biztosítási fedezetre vonatkozóan irányadónak tekintek és az abban foglaltakat ismételtelen elfogadom.

szerződési feltételek nyomtatványszáma

a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)¹

¹ A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.

HOZZÁJÁRULÁS KÜLÖNLEGES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. a biztosítási fedezetek létrejötté, a szerződés kezelése, fenntartása érdekében, illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben, továbbá a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából egészségügyi adataimat kezelje, nyilvántartsa.

biztosított: igen¹ nem²

FELHATALMAZÁS EGÉSZSÉGÜGYI ADATOKKAL VÉGZETT ADATKEZELÉSI MŰVELETEKRE

Alulírott szerződő és biztosított ezúton önként és határozottan hozzájárulok, hogy a biztosító a biztosítási fedezet létrejöttéhez szükséges kockázat-elbírálás, valamint a biztosítási szerződés hatálya alatt, illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából az egészségi állapotomra vonatkozó személyes illetőleg különleges adatról tájékoztatást kérjen, ezen orvosi dokumentumokba, nyilvántartásokba betekintést nyerjen és az adatokat tartalmazó dokumentumokról másolatot készítsen.

Elfogadom, hogy a biztosítási fedezet létrejöttéhez a biztosító jogosult egészségügyi nyilatkozat kitöltését vagy orvosi vizsgálat elvégzését előírni és kijelentem, hogy amennyiben a biztosító orvosi vizsgálatot rendel el, úgy a kockázat-elbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálatoknak alávetem magamat.

Önként és határozottan kijelentem, hogy felhatalmazom az életbiztosítási szerződés haláleseti kedvezményezettjét, és a biztosítót, hogy a halálom eseteire járó szolgáltatás iránti igény teljesítéséhez szükséges egészségügyi adataimat, illetve a gyógykezeléseimmel összefüggő egyéb adataimat házi- orvosomtól, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK), Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivataltól, Magyar Államkincstártól (MÁK), a társadalombiztosítási kifizetőhelytől és mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, illetőleg szervezetektől amelyek, illetve akik a személyemre vonatkozó egészségügyi adatot, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek a biztosító részére beszeresse.

Jelen hozzájárulásaimmal felmentem a felsorolt szervezetet, személyeket a biztosítóval szemben a nyilatkozat alapján létrejövő biztosítási fedezettel

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

összefüggően, az őket terhelő titoktartás alól. Felhatalmazásom a felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyes illetőleg különleges adatra vonatkozik.

Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt betekintszen valamennyi orvosi dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon. Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a biztosított válasza nemleges, akkor a biztosító a jelen nyilatkozat végrehajtását elutasíthatja.

biztosított: igen¹ nem²

NYILATKOZAT AUTOMATIZÁLT KOCKÁZATELBÍRÁLÁSRÓL

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen rendelkezésben foglaltak elfogadásáról és az új biztosítási fedezetek létrejöttéről, fedezetek biztosítási összegének emeléséről automatizált kockázat-elbírálás során döntsön.

A rendelkező nyilatkozatban, az egészségi nyilatkozatban és a szerződésben foglalt adatokkal végzett kiértékelés (profilalkotás) eredménye hatással lehet a biztosítási fedezetek és szerződés díjára.

Kijelentem, hogy a hozzájárulás visszavonásával, valamint az automatikus döntéshozatali eljárással kapcsolatosan adott tájékoztatást, amely az Adatkezelési és Ügyféltájékoztató, valamint szerződési feltételek kiegészítése című dokumentumban található, megkaptam, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

szerződő: igen¹ nem²

biztosított: igen¹ nem²

BIZTOSÍTÓ ÉS BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ ÁLTALI ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

Ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a biztosító és a biztosításközvetítője a biztosítási fedezet létrejötté, nyilvántartása, és a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából különleges személyes adataimat (egészségügyi adataimat) kezelje.

biztosított: igen¹ nem²

a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)³

¹ Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. ² Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. ³ A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.

NYILATKOZAT MARKETING CÉLÚ KÖZÖS ADATKEZELÉSHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁSRÓL

Hozzájárulok, hogy elsőik között értesüljek elektronikus úton (e-mailen vagy mobiltelefonon) az Allianz Csoport¹ akcióiról, nyereményjátékairól, új termékeiről és szolgáltatásairól. Az Allianz figyel arra, hogy semmiképp sem terheljen túl nagy számú megkereséssel. Személyes adataimot mindig a legnagyobb gondossággal kezeli.

A részletes adatkezelési tájékoztatót, amely tartalmazza az Allianz Csoporthoz tartozó tagok mindenkor aktuális listáját a <http://www.allianz.hu/adatvedelem> oldalon találom, ahol az adatvédelmi bejelentések gombra kattintva a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.
szerződő: igen² nem³ biztosított: igen² nem³

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás⁴

a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)⁴

A fenti nyilatkozatot átvettem:⁵

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

képviselt cég neve

eljáró neve

azonosító

¹ Jelenleg tagjai az Allianz Hungária Zrt., Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár, az Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztár, az Allianz Alapkezelő Zrt., valamint az Allianz Foglalkoztatói Nyugdíjszolgáltató Zrt. ² Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. ³ Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. ⁴ A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. ⁵ Kizárólag ügynöki átvétel esetén töltendő.