

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT

az Allianz Gondoskodás Programokhoz

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 Útleve 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, kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkezés(ek)e(k) kérem végrehajtani.^{2,3} (Az alábbi változtatások végrehajtására a biztosítási fedezet tartamának kezdetét követő 3 éven belül akkor van mód, ha a változtatást követően a biztosítási fedezet költsége a változtatás előttinél nem kevesebb.)

- új biztosított és rá vonatkozóan új kiegészítő biztosítási fedezet(ek) jelölése,⁴
 meglévő biztosítottra vonatkozóan új kiegészítő biztosítási fedezet(ek) választása,⁴
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a kiegészítő biztosítási fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatása,⁵
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a kiegészítő biztosítási fedezetek megszüntetése,⁶
 biztosított jelölésének visszavonása a szerződésből.⁷

¹ A rendelkezés faxon nem továbbítható. ² Megfelelő rész jelölendő (x jellel). ³ A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(oka)t kitölteni. ⁴ A szerződés tartama alatt orvosi ellátásra szóló fedezet kizárólag a szerződés valamely évfordulójával jöhet létre. ⁵ Az orvosi ellátásra szóló fedezet szolgáltatásait, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteket a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartalmazzák. ⁶ Az orvosi ellátásra szóló fedezet a tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével szüntethető meg. A főbiztosítottra vonatkozó kiegészítő életbiztosítási fedezet megszüntetésével az Allianz Gondoskodás Programok alpbiztosítási szerződés is megszűnik. ⁷ Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának jelölése a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével vonható vissza.

Biztosított adatai:¹ Azonos a szerződéssel Azonos a főbiztosítottal

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 kiegészítő biztosítási fedezetek:³

	Új fedezet(ek) jelölése	Új fedezet havi költsége	Meglévő fedezet megváltoztatása	Meglévő fedezet törlése
Életbiztosítás:	_____ 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 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"/>
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) a kiegészítő 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. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					

Kedvezményezett(ek) a baleseti halálra szóló kiegészítő 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. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁴ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
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 KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI FEDEZET JELÖLÉSE VAGY MEGLÉVŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓAN ÚJ KIEGÉSZÍTŐ 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 szolgáltatónál megismerheti.

Alulírott szerződő tudomásul veszem, hogy a jelen kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkező nyilatkozatban foglaltakhoz annak megtételétől számított 15 napig, ha a nyilatkozat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, akkor 60 napig kötvé 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.

Alulírott szerződő tisztában vagyok azzal, hogy élet- és egészségbiztosítási fedezetek esetén a havi költségek növekedhetnek a biztosítási évfordulón, akár a biztosítási összeg változatlansága mellett is. Ennek oka, hogy a biztosítottak életkorának emelkedésével együtt a biztosítási kockázat is növekszik.

Alulírott szerződő és biztosított elfogadom, hogy a biztosító a szerződés szerinti biztosítási szolgáltatás teljesítéséért járó díjon/költségen felül többletköltség érvényesítésére is jogosult, melynek típusát és mértékét a mindenkori „B” jelű Kondíciós lista tartalmazza.

Szerződéssel kapcsolatos többletköltségek elfogadása: igen nem

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

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

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

ezek mellékleteit és az „A” jelű Kondíciós listát, melyeket a most igényelt kiegészítő biztosítási fedezetre vonatkozóan irányadónak tekintek és az abban foglaltakat ismételtelen elfogadom.

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

kiegészítő fedezet neve _____

szerződési feltételek nyomtatványszáma _____

A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

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.

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 kiegészítő 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 kiegészítő 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 esetére 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 Hivaltól, 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.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

Jelen hozzájárulásaimmal felmentem a felsorolt szerveket, személyeket a biztosítóval szemben a nyilatkozat alapján létrejövő kiegészítő fedezettel 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 betekintsen 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 szerződés díjára és a biztosítási szerződésben megjelölt kiegészítő fedezetek költségére.

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 adataimat 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: igen nem biztosított: igen nem

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____ a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás²

_____ a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)²

A fenti nyilatkozatot átvettem:³

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 A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. ³ Kizárólag ügynöki átvétel esetén töltendő.