

## KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT<sup>2</sup>

az „Allianz Életprogramok - Euró” szerződésekhöz

### 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:<sup>2</sup>  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, kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkezés(eke)t kérem végrehajtani.<sup>3,4</sup>

- új biztosított és rá vonatkozóan új kiegészítő fedezet(ek) jelölése,<sup>5</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan új kiegészítő fedezet(ek) választása,<sup>5</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a kiegészítő fedezetek biztosítási összegeinek megváltoztatása,<sup>6</sup>  
 meglévő biztosítottra vonatkozóan a kiegészítő fedezetek megszüntetése,<sup>7</sup>  
 biztosított jelölésének visszavonása a szerződésből.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> A rendelkezés faxon és e-mailben nem továbbítható. <sup>2</sup> Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a 2016.12.31-én vagy azt követően aláírt ajánlatok alapján létrejött, rendszeres díjfizetésű Életprogram szerződések esetén a szerződő a tartam első 12 hónapjának elteltét követően jogosult a kiegészítő fedezeteknek a jelen nyilatkozatban foglaltak szerinti módosítására.

<sup>3</sup> Megfelelő rész jelölendő (x jellel). <sup>4</sup> A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(oka)t kitölteni. <sup>5</sup> Új Babaváró fedezet csak akkor választható, ha a szerződéssel egyidejűleg Babaváró fedezet is létrejött. A szerződés tartama alatt Genetika+ Euró fedezet kizárólag a szerződés valamely évfordulójával jöhet létre abban az esetben, ha az alapbiztosítás megtakarítási időszakának végéig még legalább 10 év hátra van. <sup>6</sup> A Babaváró fedezet esetében a szerződő nem módosíthatja a biztosítási összeget. A Genetika+ Euró fedezet és a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló - Euró fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Genetika+ Euró fedezet és a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló - Euró fedezet szolgáltatásait, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartalmazzák. <sup>7</sup> A Genetika+ Euró fedezetet a szerződő a tartam alatt - a költség módosításának esetét kivéve - nem szüntetheti meg. <sup>8</sup> A Genetika+ Euró fedezet biztosítottjának jelölése a tartam alatt nem vonható vissza.

**BIZTOSÍTOTT ADATAI:<sup>1</sup>** Azonos a szerződéssel  Azonos a főbiztosítottal

Családi és utóneve: \_\_\_\_\_ Neme:  férfi  nő  
 Születési neve:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
 Anyja születési neve: \_\_\_\_\_  
 Születési helye: \_\_\_\_\_ ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
 Lakcím, ennek hiányában \_\_\_\_\_ helység,  
 tartózkodási hely: \_\_\_\_\_ út/utca, házszám  
 Levelezési címe: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, házszám

A személyazonosító okmány típusa:<sup>1</sup>  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély  
 A személyazonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló kártya száma: \_\_\_\_\_  
 Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_  
 Telefonszáma (vezetékes): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefonszáma (mobil): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 E-mail címe: \_\_\_\_\_

**VÁLASZTOTT KIEGÉSZÍTŐ FEDEZETEK:<sup>3</sup>**

	Új fedezet(ek) jelölése	Új fedezet havi költsége	Meglévő fedezet megváltoztatása	Meglévő fedezet törlése
Életbiztosítás - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Baleseti halál - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Baleseti rokkantság - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Baleseti műtéti térítés - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Kritikus betegségek - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Rokkantsági ellátás - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Műtéti térítés - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Kórházi napi térítés - Euró: *	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	<input type="checkbox"/>
Babaváró - Euró:	_____ EUR	_____ EUR	--	<input type="checkbox"/>
Genetika+ Euró:	<input type="checkbox"/>	_____ EUR	--	<input type="checkbox"/>
Rákdiaagnosztika és orvosi betegvezetés - Euró:	<input type="checkbox"/>	_____ EUR	--	<input type="checkbox"/>

\* Kórházi napi térítés - Euró esetén önrész:  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: <sup>4</sup> <input type="checkbox"/>					
2. A főbiztosított a kedvezményezett. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <sup>4</sup> <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <sup>4</sup> <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <sup>4</sup> <input type="checkbox"/>					

**Kedvezményezett(ek) a baleseti halálra szóló kiegészítő fedezet szolgáltatására:**

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

<sup>1</sup> Megfelelő rész jelölendő (x jellel). <sup>2</sup> Előző név, leánykori név. <sup>3</sup> Megfelelő rész kitöltendő. <sup>4</sup> Kérjük akkor töltsé 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.

## NYILATKOZAT A MEGTAKARÍTÁSI IDŐSZAK MEGHOSSZABBÍTÁSÁRÓL

Alulírott szerződő kérem a szerződésem megtakarítási időszakát meghosszabbítani a jelen rendelkező nyilatkozaton valamely biztosítottra választott

Genetika+ Euró fedezet esetén úgy, hogy a megtakarítási időszak további 10 évig fennálljon.

### ÚJ BIZTOSÍTOTT ÉS RÁ VONATKOZÓAN ÚJ KIEGÉSZÍTŐ FEDEZET(EK)/BIZTOSÍTÁSI CSOMAG JELÖLÉSE VAGY MEGLÉVŐ BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓAN ÚJ KIEGÉSZÍTŐ FEDEZET(EK)/BIZTOSÍTÁSI CSOMAG 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 kockázat-felmérésre 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.

Alulírott szerződő tisztában vagyok azzal, hogy a választott kiegészítő fedezetek költségére levont egységek csökkentik az általam befizetett díjakhoz viszonyított hozamot.

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.

#### Genetika+ Euró kiegészítő fedezet választása esetén:

Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a **Genetika+ Euró** kiegészítő egészségbiztosítási fedezet **géndiagnosztikán alapuló életmódtanácsadási szolgáltatását**.

Szerződéssel kapcsolatos többletköltségek elfogadása:  igen  nem

A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

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

\_\_\_\_\_  
a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

<sup>3</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.

Alulírott biztosított kijelentem, hogy igénybe kívánom venni a **Genetika+ Euró** kiegészítő egészségbiztosítási fedezet **második orvosi szakvélemény szolgáltatását**.

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet - Euró választása esetén:

Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet - Euró szolgáltatását.

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

#### Babavárá - Euró kiegészítő fedezet választása esetén:

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem, hogy a biztosított egy vagy több születendő gyermekére még nem jött létre és nem lépett hatályba Babavárá kiegészítő fedezet, és a biztosító a születendő gyermekre még nem teljesített a Babavárá fedezet alapján szolgáltatást.

#### Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatok

Nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatását.

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

Alulírott szerződő felhatalmazom a Babavárá fedezet és/vagy az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottját az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás igénybevételére, a szolgáltatás feltételei szerint.

Nyilatkozom, mint szerződő, hogy igénybe kívánom venni a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. révén nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatást.

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul vesszük, hogy a Teladoc Hungary Kft., mint szolgáltató az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei alapján a bejövő telefonhívásokat rögzíti annak érdekében, hogy a biztosítási szolgáltatást teljesítse és a biztosító részére tájékoztatást nyújtson az általa elvégzett tevékenységről.

A fentiek ismeretében alulírott szerződő a biztosítási szerződési feltételekben foglaltak szerint a jelen nyilatkozatommal 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.

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

leteit és az „A” jelű Kondíciós listát, melyeket a most igényelt kiegészítő fede-  
zetre vonatkozóan irányadónak tekintek és az abban foglaltakat ismételtten  
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
<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____

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

\_\_\_\_\_  
a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)<sup>1</sup>

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

**HOZZÁJÁRULÁS KÜLÖNLEGES ADATOK KEZELÉSÉHEZ**

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

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

**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 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.

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

\_\_\_\_\_ a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás<sup>3</sup>

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:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

**NYILATKOZAT AUTOMATIZÁLT KOCKÁZATELBÍRÁLÁSRÓL**

Kifejeztem 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:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup> biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

**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 létrejötte, nyilvántartása, és a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából különleges személyes adataimat (egészségügyi adataimat) kezelje.

biztosított:  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_ a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. <sup>3</sup> 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 Csoport<sup>1</sup> 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 aláírás<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)<sup>1</sup>

A fenti nyilatkozatot átvettem:<sup>2</sup>

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

\_\_\_\_\_ képviselt cég neve

\_\_\_\_\_ eljáró neve

\_\_\_\_\_ azonosító

<sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. <sup>3</sup> Kizárólag ügynöki átvétel esetén töltendő.