

Nyilatkozat elektronikus úton történő levélküldésről

az Allianz Életprogramokhoz

A szerződő adatai:

Családi és utóneve: _____
Anyja leánykori neve: _____
Születési helye: _____ Ideje: _____ év _____ hó _____ nap
Lakcíme: _____ Irányítószám, helység,
_____ Jút/utca, házsám, emelet, ajtó

Jelen nyilatkozat kitöltésével kérem, hogy az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban Biztosító), az alábbi életbiztosítási szerződéssel/szerződéseimmel kapcsolatban az alábbi tájékoztató leveleket, értesítéseket, amelyek a Biztosító honlapján szerepelnek a továbbiakban az alább jelölt módon küldje meg részemre.

Ha elektronikus levélküldést választ, akkor kérjük, minden esetben adja meg az e-mail címét.

Minden a Biztosítónál jelen nyilatkozatom megtételének időpontjában meglévő Életprogram szerződéseimre elektronikus levélküldést kérek az alábbi e-mail címmel:
_____@_____

Amennyiben szerződésenként eltérő módon (elektronikus, ill. postai), vagy különböző e-mail címekre igényli a kézbesítést kérjük, az alábbi táblázatot töltsse ki.

Szerződésszám	E-mail cím	Elektronikus levélküldést kérek
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

A Biztosító a honlapján (www.allianz.hu) tünteti fel, hogy mely tájékoztató leveleket, értesítéseket küldi elektronikus úton.

A Biztosító a tájékoztatást fokozott biztonságú elektronikus aláírással látja el.

Elfogadom, hogy a Biztosító az e-mailben küldött tájékoztató levelek, értesítések körét módosíthatja és a módosítást a honlapján teszi közzé.

Vállalom, hogy az itt megadott e-mail címem változását a Biztosítónak 15 napon belül bejelentem. A Biztosító a bejelentés kézhezvételéig jogosult a fenti e-mail címre küldeni a tájékoztató leveleket, értesítéseket.

Kérjük, a kitöltött és aláírt nyilatkozatot juttassa el személyesen a Biztosító

- bármely ügyfélkapcsolati pontjára, vagy
- Központi Ügyfélszolgálatára: 1087 Budapest, Könyves Kálmán Krt. 48-52 (nyitva tartás: hétfő: 8.00-18.00, kedd-csütörtök: 8.00-16.00, péntek: 8.00-15.00)

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap _____ szerződő aláírása

A biztosító tölti ki!

A szerződő adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem, és igazolom, hogy a nyilatkozatot a szerződő előttem személyesen írta alá.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

az adategyeztetést végző neve
nyomatott betűkkel

az adategyeztetést végző aláírása

a fiók bélyegzője