Allianz Hungária Zrt.
Állománykezelési Központ
1437 Budapest Pf.: 825
Telefonos ügyfélszolgálat: +36 (1/20/30/70) 421-1-421
Internet: www.allianz.hu; e-mail: esz@allianz.hu

Allianz

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT [1]

az Allianz Gondoskodás Programokhoz

A SZERZŐDŐ ADATAI:

Szerződésszám: ⌊_____⌋

Családi és utónév: ⌊_____⌋

Lakcím, ennek hiányában ⌊_____⌋ ⌊_____⌋helység,

tartózkodási hely: ⌊_____⌋út/utca, házszám

Telefonszám: ⌊____⌋ / ⌊_____⌋

E-mail cím: ⌊_____⌋

a) Természetes személy szerződő esetén: Születési ideje: ⌊_____⌋év⌊____⌋ hó⌊____⌋ nap

Az azonosító okmány típusa:[2] ☐ Személyi igazolvány ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Útlevél ☐ 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: ⌊_____⌋

Képviseletre 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: ⌊____⌋ / ⌊_____⌋

E-mail cím: ⌊_____⌋

Cégjegyzékszám/határozati, nyilvántartási szám: ⌊____⌋ - ⌊____⌋ - ⌊_____⌋ Adószám: ⌊_____⌋ - ⌊__⌋ - ⌊____⌋

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésemen a szerződési feltételek értelmében az alábbi, kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkezés(eke)t 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 e-mailben 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 Rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Rákdiagnosztikára 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 alapbiztosítási szerződés is megszűnik. [7] Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának jelölése a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével vonható vissza.

Szerződésszám: ____

Biztosított adatai:[1] ☐ Azonos a szerződővel ☐ Azonos a főbiztosítottal

Családi és utóneve: ____ Neme:[1] ☐ 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 ☐ Útlevél ☐ Kártyás vezetői engedély

A személyazonosító okmány száma ____ Lakcímet igazoló kártya száma: ____

Adóazonosító jele: ____

Telefonszám: ____ / ____

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	☐
Baleseti halál:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Baleseti rokkantság:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Baleseti műtéti térítés:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Baleseti csonttörés, csontrepedés:[4]	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Kritikus betegségek:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Rokkantsági ellátás:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Műtéti térítés:	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Kórházi napi térítés:*	____ Ft	____ Ft	____ Ft	☐
Orvosi ellátás:	☐	____ Ft	—	☐
Rákdiagnosztika és orvosi betegvezetés:	☐	____ Ft	—	☐

* 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] ☐					
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	—	—	—	—	____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					
3. ____					____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					
3. ____					____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					

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] ☐					
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	—	—	—	—	____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					
3. ____					____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					
3. ____					____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: [5] ☐					

[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 töltse 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 jogával, 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 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 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

Rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet választása esetén:
Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni a Rákdiagnosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szolgáltatását.
biztosított: ☐ igen[1] ☐ nem[2]

Orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet választása esetén
Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szolgáltatását.
biztosított: ☐ igen[1] ☐ nem[2]

Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatok
Nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatását.
biztosított: ☐ igen[1] ☐ nem[2]

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

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 aláírásommal 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.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____ _____
a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás[3] 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 ismételten 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
☐	_____	_____
☐	_____	_____

☐ Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____ _____
a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás[3] 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.

HOZZÁJÁRULÁS KÜLÖNLEGES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

Kifejezetten 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[1] ☐ nem[2]

FELHATALMAZÁS EGÉSZSÉGÜGYI ADATOKKAL VÉGZETT ADATKEZELÉSI MŰVELETEKRE

Alulírott szerződő és biztosított ezúton önként és határozottan hozzájárulok, hogy a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttéhez szükséges kockázatelbírálást, 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 kockázatelbíráláshoz 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 háziorvosomtól, 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 gyógykezelésemmel foglalkozó más személyektől, illetőleg szervezetektől amelyek, illetve akik a személyemre vonatkozó egészségügyi adatot, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek a biztosító részére beszerezze.

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 gyógykezelésemmel kapcsolatos valamennyi személyes, illetőleg különleges adatra vonatkozik.

Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezelésemmel kapcsolatos valamennyi adatomat 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[1] ☐ nem[2]

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 kockázatelbírálás 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[1] ☐ nem[2] biztosított: ☐ igen[1] ☐ nem[2]

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[1] ☐ nem[2]

Kelt: _____, ⌊_____⌋ év ⌊_____⌋ hó ⌊_____⌋ nap

_____ a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás[3]

_____ 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.

Szerződésszám: |_____|

NYILATKOZAT MARKETING CÉLÚ KÖZÖS ADATKEZELÉSHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁSRÓL

Hozzájárulok, hogy elsők között értesüljek elektronikus úton (e-mailen vagy mobiltelefonon) az Allianz Csoport[1] 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[2] a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződővel)[2]

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: _____, |_____|év |_____|hó |_____|nap

_____ _____

az adategyeztetést végző neve nyomtatott betűkkel az adategyeztetést végző aláírása

[1] Jelenleg tagjai az Allianz Hungária Zrt., Allianz Hungária Egészség- és Önsegélyező Pénztár, az Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztár, az Allianz Alapkezelő Zrt. [2] A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.