

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): _____ / _____

a) Természetes személy szerződő esetén:

Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap
A személyazonosító okmány típusa:² Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevel Kártyás vezetői engedély
A személyazonosító okmány száma: _____ Adóazonosító jel: _____

b) Nem természetes személy szerződő esetén:

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

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésben a szerződési feltételek értelmében az alábbi, kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkezés(ek)e)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 előttié 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

Biztosított adatai:² Azonos a szerződővel Azonos a főbiztosítással

Családi és utóneve: _____ Neme: férfi nő
Születési neve:⁸ _____ 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:² 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: _____

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 nem választható. ⁵ Az orvosi ellátásra szóló fedezet szolgáltatásait, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteket a szerződő nem módosíthatja. A Rákdinostikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Rákdinostikára 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. ⁸ Előző név, leánykori név.

Választott kiegészítő biztosítási fedezetek:¹

	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: ²	_____ 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"/>
Rákdiasztika és orvosi betegvezetés:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>

* Kórházi napi térítés 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: <input type="checkbox"/>				
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>				
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>				
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <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: <input type="checkbox"/>				
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>				
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>				
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
	Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>				

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 szolgáltató-nál 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 többlet-költség érvényesítésére is jogosult, melynek típusát és mértékét a mindenkor „B” jelű Kondíciós lista tartalmazza.

Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet választása esetén:

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

¹ Megfelelő rész kitöltendő. ² A baleseti csonttörés, csontrepedés fedezet választható legmagasabb biztosítási összegét a szerződési feltételek tartalmazzák.

Szerződésszám: _____

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtása során a biztosító szerződött partnere, az **ONKOMPLEX Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft.** mint szolgáltató a telefonbeszélgetéseket rögzíti, erről a tényről a biztosítottat a szolgáltatás igénybevétele előtt minden esetben tájékoztatja. A rögzített telefonbeszélgetéseket a biztosító, valamint szolgáltató a Bit. által meghatározott ideig kezeli, a kiszervezett tevékenység keretei között, és az Európai Parlament és a Tanács 2016/679/ rendelete (Általános Adatvédelmi Rendelet, GDPR) alapján továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Infotv.) alapján.

Hozzájárulok, hogy a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezettel összefüggésben a biztosító kezelje és meghatározott gyakorisággal a szolgáltató részére továbbítsa a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szerződési feltételeiben meghatározott adatokat.

Alulírott biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az ONKOMPLEX Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft. a nála keletkezett, az egészségi állapotomra vonatkozó különleges személyes adatokat e-mailen továbbítsa a biztosító részére.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a szolgáltató a vele szerződött együttműködő partnerek számára továbbítsa a biztosítottnak a szerződési feltételekben meghatározott adatait.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító és a szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás és a kárrendezés során felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé, a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. Tudomásul veszem, hogy ha a szolgáltatás igénybevételekor megtagadom az egészségügyi dokumentáció továbbadását a szolgáltató, vagy annak alvállalkozói részére, úgy a biztosítási szolgáltatást nem vehetem igénybe.

Tudomásul veszem, hogy az ONKOMPLEX Rákdiaosztika és Asszisztencia Kft.-t a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízta meg.

Bármelyik biztosított nemleges válasza esetén a biztosító jelen kiegészítő biztosításokra vonatkozó rendelkező nyilatkozat végrehajtását visszautasíthatja. biztosított: igen¹ nem²

Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatok

Alulírott szerződő és biztosított igazolom, hogy a személyes adatok és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatban, az orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezetre vonatkozó nyilatkozatban, az Allianz

Szerződéssel kapcsolatos többletköltségek elfogadása: igen nem

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

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

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

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

A SZEMÉLYES ADATOK ÉS A KÜLÖNLEGES SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZATOK

I.

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben és ügyfél-tájékoztatóban elhelyezett, a személyes adatok és a különleges személyes adatok, és a biztosítási titok kezelésére vonatkozó tájékoztatót megismertem, tudomásul vettem. Igazolom, hogy a jelen rendelkező nyilatkozatban és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatban a válaszokat én adtam, a nyilatkozatokat én tettem a fenti tájékoztatás ismeretében, ezek megfelelnek az akaratomnak. Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, de a jelen rendelkező nyilatkozatban rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a kiegészítő fedezet létrejöttéhez. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen szerződéssel kapcsolatban a megadott e-mail címemen vagy telefonon keresztül tájékoztasson.

Alulírott szerződő és biztosított kijelentem, és aláírással hitelesítem, hogy a jelen rendelkező nyilatkozat az adatok kezelésével és továbbításával kapcsolatban az akaratomnak megfelelő válaszokat, nyilatkozatokat tartalmaz. A jelen rendelkező nyilatkozatban feltett kérdésekre adott válaszaim (ideértve a biztosított egészségi nyilatkozat kérdéseire adott válaszait is) a valóságnak megfelelnek. Tudomásom van arról, hogy a jelen rendelkező nyilatkozat lezárását követően annak tartalmát hozzájárulásom nélkül semmilyen körülmények között nem lehet módosítani.

II.

1. Alulírott szerződő és biztosított ezúton önként és határozottan hozzájárulok, hogy a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttéhez szükséges kockázatelbírálás, 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 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 aláírás³a biztosított saját kezű aláírása (ha nem azonos a szerződéssel)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.

Jelen hozzájárulásaimmal felmentem a felsorolt szerveket, személyeket a biztosítóval szemben a nyilatkozat alapján létrejövő kiegészítő fedezettől összefüggően, az őket terhelő titoktartás alól. Felhatalmazásom a felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyes illetőleg különleges adatra vonatkozik.

Önként és határozottan hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. – a biztosítási szerződés hatálya alatt illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben továbbá a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából – tájékoztatást kérjen, betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációba, nyilvántartásokba.

Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel 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: igen¹ nem²

2. Tudomásul veszem az automatikus döntéshozattal (ideértve a profilalkotást is) kapcsolatos alábbiakban felsorolt jogaimat:

- jogosult vagyok emberi beavatkozást kérni a biztosító telefonos ügyfélszolgálatán keresztül a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es telefonszámon, vagy személyesen, az ügyfélkapcsolati pontokon vagy biztosításközvetítőnél.
- kifejthetem álláspontomat vagy kifogásomat a fenti elérhetőségeken kívül a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőséhez (Fax: +36 (1) 301-6052; Levelezési cím: 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Stratégiai és általános igazgatás divízió, Compliance osztály) címzett levélben, vagy a www.allianz.hu oldalon az adatvédelem link alatti felületen.

Profilalkotásnak minősül a személyes adatok automatizált kezelésének bármely olyan formája, amelynek során a személyes adatokat valamely természetes személyhez fűződő bizonyos személyes jellemzők értékelésére, különösen a munkahelyi teljesítményhez, gazdasági helyzetéhez, egészségi állapothoz, személyes preferenciákhoz, érdeklődéshez, megbízhatóságához, viselkedéshez, tartózkodási helyhez vagy mozgáshoz kapcsolódó jellemzők elemzésére vagy előrejelzésére használják.

Alulírott szerződő/biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szerződéssel kapcsolatos adataimat automatizált módon kezelje (ideértve a profilalkotást is).

Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban bármelyik nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító a jelen nyilatkozat végrehajtását elutasíthatja. szerződő: igen¹ nem² biztosított: igen¹ nem²

Szerződésszám: _____

NYILATKOZAT MARKETING CÉLÚ KÖZÖS ADATKEZELÉSHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁSRÓL

Az Adatkezelési tájékoztató marketing célú közös adatkezelésről című (az aláírás napján hatályos, a biztosító honlapján www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html valamint nyomtatásban elérhető) dokumentumban megadott előzetes tájékoztatásban foglaltakat – ideértve különösen a tájékoztatást arról, hogy érintettként jogosult vagyok a hozzájárulásomat bármikor visszavonni, valamint tiltakozni a rám vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzés céljából történő kezelése ellen – megismertem, és a dokumentumot átvettem, mely alapján az alábbi önkéntes, tájékozott és kifejezett nyilatkozatot teszem.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Csoport tagjai, mint közös adatkezelők az alábbi adataimat: név, anyja neve, lakcím (tartózkodási hely), születési idő, email cím, telefonszám, egy közös hozzáférésű adatbázisban rögzítsék, hogy ezekhez az adatokhoz az Allianz Csoport tagjai hozzáférhessenek, és a részemre termékinformációkat, reklámot és ajánlatot juttassanak el a szolgáltatásaikról.

szerződő: igen nem biztosított: igen nem

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő saját kezű aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás¹

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

A fenti nyilatkozatot átvettem:²

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

képviselt cég neve

eljáró neve

azonosító

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