

KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOKRA VONATKOZÓ RENDELKEZŐ NYILATKOZAT²

az Allianz Életprogramokhoz

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:³ Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útleve 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.^{3,4}

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

BIZTOSÍTOTT ADATAI:³

Azonos a szerződővel Azonos a főbiztosítottal

Családi és utóneve: _____ Neme: férfi nő

Születési neve:⁹ _____ 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:³ Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útleve Kártyás vezetői engedély

A személyazonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____

Adóazonosító jele: _____

Telefonszáma (vezetékes): _____ / _____ Telefonszáma (mobil): _____ / _____

E-mail címe: _____

¹ A rendelkezés faxon és e-mailben nem továbbítható. ² Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a 2016.12.31-én vagy azt követően aláírt ajánlatok alapján létrejött, rendszeres díjfizetésű Életprogram szerződés esetén a szerződő a tartam első 12 hónapjának elteltét követően jogosult a kiegészítő fedezeteknek a jelen nyilatkozatban foglaltak szerinti módosítására. A nyilatkozatban a 2015.06.30-ig létrejött Életprogram szerződések esetében adható rendelkezés a külföldi utazásra szóló kiegészítő fedezetre. ³ Megfelelő rész jelölendő (x jellel). ⁴ A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(ok)at kitölteni. ⁵ A szerződés tartama alatt orvosi ellátásra szóló fedezet, valamint Genetika+ fedezet nem választható. Új Babaváró fedezet csak akkor választható, ha a szerződéssel egyidejűleg Babaváró fedezet is létrejött. A Babaváró fedezet a 2016.12.31-én vagy azt követően aláírt ajánlatok alapján létrejött Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez nem választható. ⁶ Az orvosi ellátásra szóló fedezet szolgáltatásait, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteket a szerződő nem módosíthatja. A Babaváró fedezet esetében a szerződő nem módosíthatja a biztosítási összeget. A külföldi utazásra szóló kiegészítő fedezet esetében a szerződő nem módosíthatja a biztosítási összegeket, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteket. A Genetika+ fedezet és a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem módosíthatja. A Genetika+ fedezet és a Rákdiaosztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartalmazzák. ⁷ Az orvosi ellátásra szóló fedezet a tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével szüntethető meg. A külföldi utazásra szóló kiegészítő fedezet a tartam első 12 hónapjában csak az első év végére mondható fel. A Genetika+ fedezetet a szerződő a tartam alatt – a költség módosításának esetét kivéve – nem szüntetheti meg. ⁸ Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának jelölése a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével vonható vissza. A Genetika+ fedezet biztosítottjának jelölése a tartam alatt nem vonható vissza. ⁹ Előző név, leánykori név.

VÁLASZTOTT KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAG VAGY KIEGÉSZÍTŐ FEDEZETEK:¹

a) Biztosítási csomag

Új biztosítási csomag jelölése²

Csomag neve: _____

Egységek száma: _____

Meglévő csomag egységei
számának megváltoztatása

Egységek száma: _____

Csomag törlése

b) Kiegészítő fedezet(ek)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"/>
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"/>
Babaváró:	_____ Ft	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Orvosi ellátás:	—	—	—	<input type="checkbox"/>
Külföldi utazás:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Genetika+:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Rákdiasztika és orvosi betegvezetés:	<input type="checkbox"/>	_____ Ft	—	<input type="checkbox"/>
Egyéb: _____	—	—	—	<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"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <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: <input type="checkbox"/>					
2. A főbiztosított a kedvezményezett. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: <input type="checkbox"/>					

**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 kockázatbírálás esetén 60 napon belül elutasíthatja. Amennyiben a kockázatbírálás 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 kockázatbírálás, 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 szemé-

¹ Megfelelő rész kitöltendő. ² Új biztosítási csomag jelölése esetén a meglévő csomag vagy kiegészítő fedezetek – az orvosi ellátásra szóló, a Babaváró, a külföldi utazásra szóló, a Genetika+ és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet kivételével – törlődnek. ³ Ha a biztosítottra biztosítási csomag érvényes/került megnevezésre, akkor önálló fedezetként csak az orvosi ellátásra szóló, a Babaváró, a külföldi utazásra szóló, a Genetika+ és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet választható.

Szerződésszám: _____

lyére 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 mindenkor „B” jelű Kondíciós lista tartalmazza.

Genetika+ kiegészítő fedezet választása esetén:

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

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító szerződéses partnere, a **genEplanet d.o.o.** mint genetikai szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a szolgáltatás nyújtása során kizárólag ezzel összefüggő célból felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze.

Hozzájárulok, hogy a **Genetika+** kiegészítő fedezettel összefüggő célból a biztosító kezelje, és a genetikai szolgáltató és az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben meghatározott gyakorisággal továbbítsa a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a genetikai szolgáltató a vele szerződött, a genetikai minta és a genetikai útmutató kézbesítésében közreműködő, nyomdai szolgáltató és laboratórium, mint egyéb szolgáltatók számára továbbítsa a fentiekben megjelölt adataimat, továbbá az egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges egyéb – indokolt esetben különleges – személyes adataimat. A laboratórium, mint szolgáltató a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok tekintetében adatfeldolgozóknak minősül.

Tudomásul veszem, hogy ha a **Genetika+** szolgáltatás igénybevételéhez szükséges minta és adatok fentiek szerinti továbbadását megtagadom, akkor a szolgáltatást nem vehetem igénybe.

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

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító és a biztosító szerződött partnere, a **Teladoc Hungary Kft.** mint adatfeldolgozóknak minősülő egészségügyi szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze a hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően. Amennyiben a biztosított a szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció továbbításához nem járul hozzá, az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtását visszautasíthatja.

Hozzájárulok, hogy a **Genetika+** fedezettel összefüggő célból a biztosító kezelje és meghatározott gyakorisággal az egészségügyi szolgáltató

részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítsa a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítsa a második orvosi szakvéleményt kiállítóknak a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató az általam megadott e-mail címre vagy postai címre elküldje.

Hozzájárulásomat annak tudatában adom, hogy az e-mailen keresztül adattovábbítás kockázatot hordoz, az e-mail nem minősül biztonságos csatornának.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató továbbítsa a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait az Európai Unió területén vagy azon kívül található együttműködő partneréhez, ideértve azt az orvost, egészségügyi intézményt, akit az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmasnak minősít. A felsorolt együttműködő partnerek a biztosítási titoknak minősülő személyes adatok tekintetében adatfeldolgozóknak számítanak.

Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy ha a **Genetika+** szolgáltatás igénybevételéhez szükséges minta és adatok fentiek szerinti továbbadását megtagadom, akkor a szolgáltatást nem vehetem igénybe. Tudomásul veszem, hogy a **Teladoc Hungary Kft.-t** valamint a **genEplanet d.o.o.-t** a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a **Bit.** szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízza meg.

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

biztosított: igen¹ nem²

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**.

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosítási szolgáltatás nyújtása során a biztosító szerződött partnere, az **ONKOMPLEX Rákdiasztika 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 **Rákdiasztikára 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 Rákdiasztika 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 kárren-

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.

Szerződésszám: _____

dezés során felhasználja, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzze, 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 Rádiagnostika és Asszisztencia Kft.-t a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bizza meg.

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

biztosított: igen¹ nem²

Babavárá 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 gyermekekre még nem teljesített a Babavárá fedezet alapján szolgáltatást.

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 Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatokban rögzített – akaratomnak megfelelő – válaszokat én adtam, a nyilatkozatokot én tettem.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító kezelje és továbbítsa a nyilatkozatban megadott, a szerződési feltételekben meghatározott adataimat – a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. mint szolgáltató részére, az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatással összefüggésben.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a szolgáltató továbbítsa az adatokat az együttműködő partnerei (ideértve az orvosokat, a mobil-, a telefon- és az internetszolgáltatókat internetszolgáltatókat) számára, akik az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénynek megfelelően. A szerződő és

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 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 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

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 tájékoztatást 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 címen 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.

Külföldi utazásra szóló kiegészítő fedezet választása esetén: Hozzájárulok, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírását követően a kár rendezéshez szükséges esetekben és mértékben biztosítási titoknak minősülő adataimat átadja a következő tevékenységet végző megbízottjainak: segítségnyújtó partnerének, a Allianz Global Assistance-nak, megbízott szakértőnek, megbízott orvosnak, megbízott felülvizsgálónak, megbízott fordítónak, adósság- és díjbehajtással megbízott vállalkozásnak és megbízott ügyvédjének.

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 illetve 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 tár-

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás³

sadalombiztosítási 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 beszerezze.

Jelen hozzájárulásaimmal felmentem a felsorolt szervezetet, 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 illetve 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 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 döntéshozatallal (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.
- kifejithetem 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 helyzethez, 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

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

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 szerződéssel)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.