

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): _____ / _____
E-mail cím: _____

a) Természetes személy szerződő esetén:

Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap

A személyazonosító okmány típusa:³ Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevél Kártyás vezetői engedély

A személyazonosító 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: _____

Céggjegyzékszám/határozati, nyilvántartási szám: _____ - _____ - _____ Adószám: _____ - _____ - _____

Alulírott szerződő a fent megjelölt szerződésen 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

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 szerződések esetén a szerződő a tartam első 12 hónapjának elteltét követően jogosult a kiegészítő fedezeteknek a jelen nyilatkozatban foglaltak szerinti módosítására. ³ Megfelelő rész jelölendő (x jel-
lel). ⁴ A nyomtatványon csak egyféle rendelkezés adható meg. Ha több rendelkezést kíván tenni, szíveskedjék új nyomtatvány(oka)t kitölteni. ⁵ A szerződés tartama alatt orvosi ellátásra szóló fedezet, kizárólag a szerződés valamely évfordulójával jöhet létre, abban az esetben, ha az alapszerződés megtakarítási időszakának végéig még legalább 3 év hátra van. A szerződés tartama alatt Genetika+ fedezet kizárólag a szerződés valamely évfordulójával jöhet létre abban az esetben, ha az alapszerződés megtakarítási időszakának végéig még legalább 10 év hátra van. Új Babaváráro fedezet csak akkor választható, ha a szerződéssel egyidejűleg Babaváráro fedezet is létrejött. A Babaváráro 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 Babaváráro fedezet esetében a szerződő nem módosíthatja a biztosítási összeget. 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 tartalmazza. ⁷ Az orvosi ellátásra szóló fedezet a tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével szüntethető meg. 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.

BIZTOSÍTOTT ADATAI:¹ Azonos a szerződéssel Azonos a főbiztosítottalCsaládi és utóneve: _____ Neme: férfi nőSzületési neve:² _____ 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:¹ Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevél Kártyás vezetői engedély

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

Adóazonosító jele: _____

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

E-mail címe: _____

VÁLASZTOTT KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSI CSOMAG VAGY KIEGÉSZÍTŐ FEDEZETEK:¹

a) Biztosítási csomag

Új biztosítási csomag jelölése³

Csomag neve: _____

Egységek száma: _____

Meglévő csomag egységei
számának megváltoztatása

Egységek száma: _____

Csomag törlése

b) Kiegészítő fedezet(ek)⁴

	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"/>	_____ 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: ⁵ <input type="checkbox"/>					
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵ <input type="checkbox"/>					

¹ Megfelelő rész kitöltendő. ² Előző név, leánykori név. ³ Új biztosítási csomag jelölése esetén a meglévő csomag vagy kiegészítő fedezetek – az orvosi ellátásra szóló, a Babaváró, a Genetika+ és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet kivételével – törlődnek. ⁴ Ha a biztosítottra biztosítási csomag érvényes/került megnevezésre, akkor önálló fedezetként csak az orvosi ellátásra szóló, a Babaváró, a Genetika+ és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet választható. ⁵ Kérjük akkor töltsse 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.

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: ¹ <input type="checkbox"/>					
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ <input type="checkbox"/>					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ <input type="checkbox"/>					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ <input type="checkbox"/>					

NYILATKOZAT A MEGTAKARÍTÁSI IDŐSZAK MEGHOSSZABBÍTÁSÁRÓL

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

- Orvosi ellátásra szóló fedezet esetén úgy, hogy a megtakarítási időszak további 3 évig fennálljon
- Genetika+ 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 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 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 változatlanlansága 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+ 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 megőrizzze.

Tudomásul veszem, hogy a **Genetika+** kiegészítő fedezettel összefüggő célból a biztosító kezeli, és a genetikai szolgáltató és az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben meghatározott gyakorisággal továbbítja a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a genetikai szolgáltató a velem 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 adatfeldolgozóként 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 adatfeldolgozóként minősülő egészségügyi

¹ Kérjük akkor töltsse 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.

szolgáltató az egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, a második orvosi szakvélemény szolgáltatással kapcsolatban és a kárrendezés során felhasználja, a szolgáltatás igénybevétele során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizzé 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.

Tudomásul veszem, hogy a **Genetika+** fedezettel összefüggő célból a biztosító kezeli és meghatározott gyakorisággal az egészségügyi szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben továbbítja a szerződési feltételekben meghatározott adatokat.

Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy az egészségügyi szolgáltató az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítja a második orvosi szakvélemény kiállítónak a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az egészségügyi szolgáltató az általam megadott e-mail címre vagy postai címre elküldi.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az egészségügyi szolgáltató úgy ítéli meg, hogy az orvosi szakvélemény megadására leginkább alkalmas orvos, egészségügyi intézmény az Európai Unió területén kívül található, úgy kizárólag a biztosított hozzájárulása alapján továbbíthatja a biztosított nevét, születési idejét, címét és az egészségi állapotára vonatkozó különleges adatait.

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 bízta 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.

Tudomásul veszem, hogy a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezettel összefüggésben a biztosító kezeli és meghatáro-

zott gyakorisággal a szolgáltató részére továbbítja a kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szerződési feltételeiben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltató a velem szerződött együttműködő partnerek számára továbbítja a biztosítottak 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 Rákdiasztika 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

Orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet választása esetén

Alulírott biztosított nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szolgáltatását.

Tudomásul veszem, hogy az orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezettel összefüggő célból a biztosító meghatározott gyakorisággal továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatás megszervezésével összefüggésben az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet szerződési feltételeiben meghatározott adatokat.

Tudomásul veszem, hogy az ellátásszervező továbbítja adataimat (név, születési idő, lakcím, mobilszám), továbbá az egészségügyi szolgáltatás megszervezéséhez szükséges egyéb – indokolt esetben különleges – személyes adataimat a velem szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek részére.

Tudomásul veszem azt is, hogy amikor az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező adataimat a velem szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítja.

Alulírott biztosított, tudomásul veszem, hogy a biztosító az általam feltett kérdéseket e-mailen továbbítja az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat az ellátásszervező az általam megadott e-mail címre vagy postai címre küldi el.

Tudomásul veszem, hogy ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor megtagadom az egészségügyi dokumentáció továbbadását az ellátásszervező részére, akkor az igénybe vett szolgáltatás díját köteles vagyok kifizetni.

Tudomásul veszem, hogy az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetben foglalt szolgáltatáshoz szükséges egészségügyi adatok

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.

kezelése során a biztosító a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként az ellátásszervezőt bízza meg.

Tudomásul veszem, hogy a Teladoc Hungary Kft.-t a biztosító az egészségügyi adatok kezelése során a Bit. szerinti kiszervezett tevékenységet végző adatfeldolgozóként bízza meg.

Bármelyik biztosított nemleges válasza esetén a biztosító az ajánlatot 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 nyilatkozatok én tettem.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító kezeli és továbbítja 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.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító honlapján írásban feltett kérdéseimet e-mailen továbbítja a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, és az együttmű-

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 irányadóknak 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.

<p>kiegészítő fedezet neve</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>szerződési feltételek nyomtatványszáma</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

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.

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 Hivaltól, 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 aláírás³

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 szervezet, 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, szervezetek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi orvosi, valamint ezen szervezet, 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.
- kifejtetem 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 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.

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, reklámat 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.