

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 (vezeték): _____ / _____ Telefonszám (mobil): _____ / _____
E-mail cím: _____

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: _____ 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: _____

Kézbiztosítási megbízott adatai:

Családi és utónév: _____

Lakcím, ennek hiányában _____ helység,

tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám

Telefonszám (vezeték): _____ / _____ 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 alapbiztosítás 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 alapbiztosítás megtakarítási időszakának végéig még legalább 10 év hátra van. Új
Babavárázó fedezet csak akkor választható, ha a szerződéssel egyidejűleg Babavárázó fedezet is létrejött. A Babavárázó 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 Babavárázó fedezet esetében a szerződő nem módosíthatja a biztosítási összeget. A Genetika+ fedezet és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait a szerződő nem
módosíthatja. A Genetika+ fedezet és a Rákdiasztikára és orvosi betegvezetésre szóló fedezet szolgáltatásait, valamint a szolgáltatásra vonatkozó korlátozásokat a Szerződési Feltételek tartal-
mazzák. 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 biztosított-
jának jelölése a tartam alatt nem vonható vissza.

BIZTOSÍTOTT ADATAI:¹☐ Azonos a szerződővel ☐ Azonos a főbiztosítottal

Családi és utóneve: _____ Neme: ☐ férfi ☐ nő

Születési 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 ☐ Útleve ☐ Kártyás vezetői engedély

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

Adóazonosító jele: _____

Telefonszáma (vezeték): _____ / _____ 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	☐
Baleseti halál:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Baleseti rokkantság:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Baleseti műtéti térítés:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Kritikus betegségek:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Rokkantsági ellátás:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Műtéti térítés:	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Kórházi napi térítés: [*]	_____ Ft	_____ Ft	_____ Ft	☐
Babaváró:	_____ Ft	_____ Ft	—	☐
Orvosi ellátás:	☐	_____ Ft	—	☐
Genetika+:	☐	_____ Ft	—	☐
Rákdiasztika és orvosi betegvezetés:	☐	_____ Ft	—	☐
Egyéb: _____	—	—	—	☐

^{*} 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	☐				
2. A főbiztosított a kedvezményezett.	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵	☐				
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵	☐				
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ⁵	☐				

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 Rákdiasztika+ és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet kivételével – törölődnek. ⁴ Ha a biztosítottat biztosítási csomag érvényes/került megnevezésre, akkor önálló fedezetként csak az orvosi ellátásra szóló, a Babaváró, a Genetika+ és a Rákdiasztika+ és orvosi betegvezetésre szóló kiegészítő fedezet választható. 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.

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 ☐					
2. A főbiztosított a kedvezményezett. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ ☐					
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ ☐					
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____ %
Kedvezményezett folyamatos hatályban tartása: ¹ ☐					

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 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 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 mindenkor „B” jelű Kondíciós lista tartalmazza.

Genetika+ kiegészítő fedezet választása esetén:

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

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

biztosított: ☐ igen² ☐ nem³

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.

biztosított: ☐ igen² ☐ nem³

Orvosi ellátásra szóló kiegészítő fedezet választása esetén

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

biztosított: ☐ igen² ☐ nem³

Babavárási 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 Babavárási kiegészítő fedezet, és a biztosító a születendő gyermekre még nem teljesített a Babavárási fedezet alapján szolgáltatást.

Allianz Orvosi Call Center szolgáltatáshoz kapcsolódó nyilatkozatok

Nyilatkozom, hogy igénybe kívánom venni az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatását.

biztosított: ☐ igen² ☐ nem³

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

¹ Kérjük akkor töltsé 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. ² Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. ³ Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

Nyilatkozom, mint szerződő, hogy igénybe kívánom venni a biztosító szerződött partnere, a Teladoc Hungary Kft. révén nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatást.

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.

Szerződéssel kapcsolatos többletköltségek elfogadása: ☐ igen ☐ nem

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás¹

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

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 _____

☐ A fenti nyilatkozaton megadott adataimat igazolom.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása, jogi személy esetén cégszerű aláírás¹

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

¹ 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: ☐ igen¹ ☐ nem²

FELHATALMAZÁS EGÉSZSÉGÜGYI ADATOKKAL VÉGZETT ADATKEZELÉSI MŰVELETEKRE

Alulírott szerződő és biztosított ezúton önként és határozottan hozzájárulok, hogy a biztosító a kiegészítő fedezet létrejöttéhez szükséges kockázat-elbírálás, 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 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 gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyes illetőleg különleges adatra vonatkozik.

Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot 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

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 kockázat-elbírálás 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: ☐ igen¹ ☐ nem² biztosított: ☐ igen¹ ☐ nem²

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: ☐ 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.

NYILATKOZAT MARKETING CÉLÚ KÖZÖS ADATKEZELÉSHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁSRÓL

Szerződésszám: _____

Hozzájárulok, hogy elsőik között értesüljek elektronikus úton (e-mailen vagy mobiltelefonon) az Allianz Csoport¹ 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 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 Jelenleg tagjai az Allianz Hungária Zrt., Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztár, az Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztár, az Allianz Alapkezelő Zrt., valamint az Allianz Foglalkoztatói Nyugdíjszolgáltató Zrt. ² A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. ³ Kizárólag ügynöki átvétel esetén töltendő.