

## Biztosítási ajánlat

az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás Egzisztencia programjaihoz

Szerződészsám:

### A szerződő/biztosított adatai

Az igazgatóság kódja:

A fiók kódja:

Családi és utóneve:  Neme:  férfi  nő  
Születéskori neve:<sup>1</sup>  Állampolgársága:   
Anyja leánykori neve:   
Születési helye:  ideje:  év  hó  nap  
Lakcíme:  helység,  
 út/utca, házszám  
Levelezési címe:  helység,  
 út/utca, házszám  
Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély  
Az azonosító okmány száma:  Lakcímet igazoló kártya száma:   
Adóazonosító jele:   
Telefonszáma (vezetékes):  /  Telefonszáma (mobil):  /   
E-mail címe:  @   
Kifizetési bankszámlaszáma:  -  -

### A szerződés adatai

A biztosítási tartam és a díjfizetés tartamának kezdete:  év  hó  nap  
A kockázatviselés kezdete:  év  hó  nap  
A díjfizetés gyakorisága:  éves  féléves  negyedéves  havi  
A díjfizetés módja:  postai csekk  banki lehívás  banki átutalás  ügyfélszámla Számlát kér:   
Az ajánlat aláírásával egyidejűleg befizetett  Ft-ot a biztosító az ajánlat elfogadása esetén biztosítási díjként kezeli, az ajánlat elutasítása esetén a szerződő részére visszautalja.  
Nyugtazám:  Díjhalasztás:

### Választott biztosítási programok<sup>2</sup>

Biztosítási program	Biztosítási program választása	Tartam	Lejárat	Gyakoriság szerinti díj
3111 Háttér	<input type="checkbox"/>			
3211 Optimum	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> év	<input type="text"/> év	<input type="text"/> Ft
3311 Extra	<input type="checkbox"/>			
3411 Nívó	<input type="checkbox"/>			

### Kedvezményezett(ek) haláleseti szolgáltatásra

Név	Születéskori név	Anyja neve	Születési hely	Születési idő	A kedvezményezés aránya
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

<sup>1</sup> Előző név, leánykori név. <sup>2</sup> A biztosítottra csak egy munkanélkülségre szóló biztosítási fedezetet tartalmazó biztosítási program választható.

**A biztosítási többletszolgáltatás**

A biztosító külön díj megfizetése nélkül emelt összegű kifizetést teljesít a megtakarítási életbiztosítási fedezet haláleseti biztosítási összege, a kockázati élet-, valamint a baleset- és egészségbiztosítási fedezetek biztosítási összege tekintetében az alábbi esetekben és mértékben:

a) ha a biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az ekkor hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.1. pontjában szereplő életkornál fiatalabb gyermeke vagy unokája van, és ezt a biztosítási eseménnyel együtt dokumentáltan bejelentik – az ugyanazon pontban meghatározott mértékben,

Alulírott szerződő/biztosított az ajánlattétellel egyidejűleg hozzájárulok ahhoz, hogy ha a biztosító a kockázatelbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a jelen ajánlatot a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor a 15 napos ajánlatelbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázatelbíráláshoz szükséges adatok hiányáról.

Alulírott szerződő/biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító a jelen ajánlatot az átadásától számított 15 napon belül, indoklás nélkül elutasíthatja. Alulírott szerződő/biztosított tudomásul veszem, hogy a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a fenti adataimban bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül a biztosítót értesítenem kell. Tudomásul veszem továbbá, hogy a választott biztosítási fedezetekre vonatkozóan a biztosító kockázatviselése – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – a jelen ajánlat aláírását követő

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_ a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

**Nyilatkozat a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezethez**

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában

- a jelenlegi munkáltatónál legalább 12 hónapja vagyok munkaviszonyban,
- a munkaviszonyom folyamatos, határozatlan tartamra szól, és heti 30 óras vagy ezt meghaladó munkavégzésre vonatkozik,
- a munkaviszonyom nem a saját vállalkozásomban vagy a közeli hozzátartozóm vállalkozásában áll fenn,
- nem állok próbaidő alatt,
- a munkaviszonyom rendes vagy rendkívüli felmondását, vagy közös megegyezéssel történő megszüntetését sem én, sem a munkáltatóm nem kezdeményezte,
- tudomásom szerint nem tartozom azon alkalmazottak közé, akiknek a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, csoportos létszámleépítés vagy ennek nem minősülő alkalmazotti létszámcsökkentés miatt megszűnhet a munkaviszonya,
- nem vagyok keresőképtelen állományban,
- nem részesülök gyermekgondozási díjban (gyed) vagy gyermekgondozási segélyben (gyes), vagy terheségi-gyermekágyi segélyben (tgyás), vagy gyermeknevelési támogatásban (gyet),
- nem vagyok nyugdíjas.

Alulírott szerződő / biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontját közvetlenül megelőző három hónapban a munkáltatótól igazolhatóan kapott nettó jövedelmem átlaga | | | | | | | | | | Ft, azaz \_\_\_\_\_ forint.

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_ a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

b) ha a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a szerződés gyakoriság szerinti díja meghaladja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.2. pontjában foglalt mértéket – az ugyanazon pontban meghatározott mértékben,

c) ha a szerződő a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában rendelkezik a biztosítónál rendszeres díjfizetésű, díjjal fedezett, legalább egy éve érvényben lévő biztosítási szerződéssel – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.3. pontjában meghatározott mértékben.

hónap első napján 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő ajánlatát elfogadta és eddig az időpontig a szerződő a szerződés vagy a biztosítási fedezet első díját megfizette, vagy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, és a biztosítási fedezet ezáltal létrejött vagy utóbb létrejön.

**Alulírott szerződő/biztosított a biztosítási szerződési feltételekben foglaltak szerint ajánlatot teszek a fent megjelölt biztosítási szerződés megkötésére. Alulírott biztosított hozzájárulok a biztosítási szerződés megkötéséhez.**

Alulírott szerződő/biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen szerződéssel kapcsolatban a megadott e-mail címen vagy telefonon keresztül tájékoztatást adjon.

**Egyéb rendelkezések, záradékok**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (A biztosítási ajánlatot átvettem.)  
az üzletszerző aláírása

Alulírott szerződő / biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában az iskolai végzettségem<sup>2</sup>

- Általános iskola  
 Szakmunkásképző, szakiskola  
 Szakközépiskola, gimnázium  
 Főiskola, egyetem  
 Egyéb: \_\_\_\_\_

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában

Foglalkozásom: \_\_\_\_\_

Munkahelyem neve: \_\_\_\_\_

Munkahelyem címe: | | | | | | \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy az összes feltételt elolvastam, megértettem, és azoknak megfelelek. Továbbá kijelentem, hogy a kérdésekre a valóságnak megfelelően válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszokkal, illetve a nyilatkozat aláírásával a biztosítóval szembeni közzéi kötelezettségemnek teszek eleget. A közzéi kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

<sup>1</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. <sup>2</sup> Megfelelő rész jelölendő (x jellel).

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a szerződés megkötése előtt az Ügyfél-tájékoztatót a függő biztosításközvetítő főbb adatairól, a Termékismertetőt, az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás Általános Szerződési Feltételeit, mellékleteit és Kondíciós listáit, a vegyes életbiztosítási fedezet, a term fix életbiztosítási fedezet, az elérési életbiztosítási fedezet és a kockázati életbiztosítási fedezet Különös Szerződési Feltételeit, a baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű keresőképtelenségre szóló, napi térítéses baleset-biztosítási fedezet, a kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezet, a társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantság

esetére szóló egészségbiztosítási fedezet, a műtéti térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet, a kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet Különös Szerződési Feltételeit, valamint a rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet, a kritikus betegségekből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet, a csoportos létszámleépítésből eredő időleges díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet szerződési feltételeit és az Ügyfél-tájékoztatót az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosításról (AHB-21500/3), továbbá az Egzisztencia programokban szereplő munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet Ügyfél-tájékoztatóját, Különös Szerződési Feltételeit (AHB - 21530) átvettem, megismerem és a szerződési feltételekben foglaltakat elfogadom.

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

## A személyes adatok és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatok

### I.

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben elhelyezett, a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismerem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt. biztosítási szerződése **kezelése, karbantartása céljából** átadja a szerződésben szereplő, biztosítási titoknak minősülő adataimat (személyes adatok, az ügyfél vagyoni helyzetére és a biztosítási szerződésre vonatkozó adatok) a szerződésközlésben nem közreműködő más ügynökének (üzletkötőjének).

### II.

1. Alulírott szerződő/biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy

a) az Allianz Hungária Biztosító Zrt. és ügynöke a **szerződés létrejötte, nyilvántartása, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából** különleges személyes adataimat (egészségi adataimat) kezelje,

Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) a biztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges **kockázatelbírálás, valamint a közzé közzététel ellenőrzése céljából** az Allianz Hungária Biztosító Zrt. betekintésen az egészségi állapotomra vonatkozó valamennyi olyan orvosi dokumentációba, amely a jelen ajánlat alapján megkötendő biztosítási szerződésben vállalt kockázat elbírálásához, valamint a közzé közzététel ellenőrzéséhez szükséges, valamint azokról másolatot készítsen. Jelen hozzájárulásommal egyben háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszereszeket, természetgyógyászokat és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos

Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot és a társadalombiztosítási kifizetőhelyet az Allianz Hungária Biztosító Zrt-vel szemben a jelen ajánlat alapján megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggően, az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

2. Alulírott szerződő/biztosított ezúton önként és határozottan felhatalmazom jelen szerződés kedvezményezettjét, valamint az Allianz Hungária Biztosító Zrt.-t, hogy a halálom esetére járó szolgáltatás iránti igény teljesítése érdekében szükséges egészségi és egyéb adataimat háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszereszekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól és a társadalombiztosítási kifizetőhelytől az Allianz Hungária Biztosító Zrt. részére beszeresse. A felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adata vonatkozik jelen felhatalmazásom, amely nyilatkozatom egyben az orvosi titoktartásra vonatkozó felmentésnek minősül.

### III.

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt.

a) a **veszélyközösség megóvása céljából** szükség esetén a személyes adataim felhasználásával ellenőrizhesse azon nyilatkozatomat, hogy a jelen biztosítási szerződésben vállalt kockázatra vonatkozóan más biztosítónál van-e biztosításom.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) **automatizált kockázatelbírálás** során döntsön a biztosítási ajánlat elfogadásáról. Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. <sup>2</sup> Kérjük, hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

<sup>3</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

**Allianz Csoport adatkezelési nyilatkozat**

Alulírott az Allianz Hungária Biztosító Zrt. (székhelye: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint Cégbíróság, Cg. 01-10-041356, adószáma: 10337587-4-44, továbbiakban: Jogosult) ügyfeleként (a továbbiakban: Ügyfél) a Jogosult tájékoztatása alapján az alábbi önkéntes és kifejezett nyilatkozatokot teszem:

Felhatalmazom Jogosultat, hogy a rám vonatkozó, bank-, értékpapír-, biztosítási-, pénztár titoknak, üzleti titoknak, valamint természetes személyek esetében személyes adatnak (a továbbiakban együtt Adatok) minősülő információkat és/vagy adatokat (az egészségi állapotra vonatkozó adatok kivételével) az Allianz Csoport tagjai<sup>1</sup> részére adatkezelés – ideértve az adatkezelések összekapcsolását is – és nyilvántartás céljára, valamint Jogosult szolgáltatásainak nyújtásához szükséges és igénybe vett, az Allianz Csoport tagjaival szerződéses viszonyban lévő és titoktartási kötelezettség alatt álló ügynökei, illetve egyéb megbízottjai, képviselői részére továbbítsa és felmenti Jogosultat, hogy a titoktartási kötelezettségét ebben a körben fenntartsa.

Felhatalmazom Jogosultat a személyes adataimmal, bank- és értékpapírtitoknak minősülő adatokkal való automatizált adatfeldolgozással történő értékelésre, és az automatizált egyedi döntés útján történő döntéshozatalra, valamint arra, hogy a veszély-közösség megóvása céljából szükség esetén a személyes adataim felhasználásával

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | | év | | | | hó | | | | nap

ellenőrizhesse azon nyilatkozatomat, hogy a biztosítási szerződésben vállalt kockázatra vonatkozóan más biztosítónál van-e biztosításom.

Tudomásom van arról és hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Csoport tagja a Jogosult részére általam átadott Adatokat nyilvántartsa, kezelje, tárolja és feldolgozza, továbbítsa kockázatkezelési, piackutatási, közvetlen üzletszerzési és marketing célokra, elszámolás céljából, a szerződéses vagy szerződésen kívüli kötelezettségek és jogszabályok igazolására. A hozzájárulás kiterjed a hozzájárulást adó természetes személyek időről időre hirdetési célokból levélben (direct mail), telefonon vagy egyéb, elektronikus és más formájú kommunikációs eszközökön keresztül történő értesítéséhez az Allianz Csoport, illetve harmadik személy termékeiről.

Jogosult személyes adataimat a jogok és kötelezettségek érvényesíthetőségének elévülését követő 5 évig, illetőleg a vonatkozó jogszabályokban foglalt határidőig tartja nyilván és kezeli. Tájékoztatást kaptam az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról és jogorvoslati lehetőségeimről, így arról, hogy a Jogosult fenti címére – illetve hivatalos honlapján szereplő elektronikus levél (e-mail) címére – küldött, a nyilatkozattevőjének egyértelmű azonosítását lehetővé tévő bejelentéssel kizárhatom, illetőleg visszavonhatom a közvetlen üzletszerzési célú hirdetés küldésére vonatkozó hozzájárulásomat. Tájékoztatást kaptam arról, hogy írásbeli kéresemre Jogosult minden, a személyemre vonatkozóan nyilvántartott, kezelt és továbbított adatot írásban közöl velem a hatályos jogszabályoknak megfelelően.

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Allianz Csoport tagjai: Allianz Hungária Biztosító Zrt., Allianz Bank Zrt., Allianz Nyugdíjpénztár, Allianz Egészségpénztár, Allianz Direct Kft., Allianz Alapkezelő Zrt., valamint az itt felsorolt Allianz Csoport tagok hatályos üzletszabályzataiban megnevezett, esetlegesen változó Allianz Csoport tag lista. <sup>2</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.

## Biztosítási ajánlat

az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás Egzisztencia programjaihoz

Szerződészsám:

### A szerződő/biztosított adatai

Az igazgatóság kódja:

A fiók kódja:

Családi és utóneve:  Neme:  férfi  nő  
Születéskori neve:<sup>1</sup>  Állampolgársága:   
Anyja leánykori neve:   
Születési helye:  ideje:  év  hó  nap  
Lakcíme:  helység,  
 út/utca, házszám  
Levelezési címe:  helység,  
 út/utca, házszám  
Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély  
Az azonosító okmány száma:  Lakcímet igazoló kártya száma:   
Adóazonosító jele:   
Telefonszáma (vezetékes):  /  Telefonszáma (mobil):  /   
E-mail címe:  @   
Kifizetési bankszámlaszáma:  -  -

### A szerződés adatai

A biztosítási tartam és a díjfizetés tartamának kezdete:  év  hó  nap  
A kockázatviselés kezdete:  év  hó  nap  
A díjfizetés gyakorisága:  éves  féléves  negyedéves  havi  
A díjfizetés módja:  postai csekk  banki lehívás  banki átutalás  ügyfélszámla Számlát kér:   
Az ajánlat aláírásával egyidejűleg befizetett  Ft-ot a biztosító az ajánlat elfogadása esetén biztosítási díjként kezeli, az ajánlat elutasítása esetén a szerződő részére visszautalja.  
Nyugtazám:  Díjhalasztás:

### Választott biztosítási programok<sup>2</sup>

Biztosítási program	Biztosítási program választása	Tartam	Lejárat	Gyakoriság szerinti díj
3111 Háttér	<input type="checkbox"/>			
3211 Optimum	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> év	<input type="text"/> év	<input type="text"/> Ft
3311 Extra	<input type="checkbox"/>			
3411 Nívó	<input type="checkbox"/>			

### Kedvezményezett(ek) haláleseti szolgáltatásra

Név	Születéskori név	Anyja neve	Születési hely	Születési idő	A kedvezményezés aránya
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

<sup>1</sup> Előző név, leánykori név. <sup>2</sup> A biztosítottra csak egy munkanélkülségre szóló biztosítási fedezetet tartalmazó biztosítási program választható.

**A biztosítási többletszolgáltatás**

A biztosító külön díj megfizetése nélkül emelt összegű kifizetést teljesít a megtakarítási életbiztosítási fedezet haláleseti biztosítási összege, a kockázati élet-, valamint a baleset- és egészségbiztosítási fedezetek biztosítási összege tekintetében az alábbi esetekben és mértékben:

a) ha a biztosítottnak a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában az ekkor hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.1. pontjában szereplő életkornál fiatalabb gyermeke vagy unokája van, és ezt a biztosítási eseménnyel együtt dokumentáltan bejelentik – az ugyanazon pontban meghatározott mértékben,

Alulírott szerződő/biztosított az ajánlattétellel egyidejűleg hozzájárulok ahhoz, hogy ha a biztosító a kockázatelbíráláshoz szükséges adatok hiánya miatt a jelen ajánlatot a rendelkezésre álló 15 napos határidő alatt nem tudja elbírálni, és emiatt az ajánlatot el kellene utasítani, akkor a 15 napos ajánlatelbírálási határidő további 15 nappal meghosszabbodik, ha a biztosító az ajánlattételtől számított 15 napon belül értesítette a szerződőt a kockázatelbíráláshoz szükséges adatok hiányáról.

Alulírott szerződő/biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító a jelen ajánlatot az átadásától számított 15 napon belül, indoklás nélkül elutasíthatja. Alulírott szerződő/biztosított tudomásul veszem, hogy a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a fenti adataimban bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 15 napon belül a biztosítót értesítenem kell. Tudomásul veszem továbbá, hogy a választott biztosítási fedezetekre vonatkozóan a biztosító kockázatviselése – a várakozási időre vonatkozó rendelkezésekben foglalt eltérésekkel – a jelen ajánlat aláírását követő

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_ a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

**Nyilatkozat a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezethez**

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában

- a jelenlegi munkáltatónál legalább 12 hónapja vagyok munkaviszonyban,
- a munkaviszonyom folyamatos, határozatlan tartamra szól, és heti 30 óras vagy ezt meghaladó munkavégzésre vonatkozik,
- a munkaviszonyom nem a saját vállalkozásomban vagy a közeli hozzátartozóm vállalkozásában áll fenn,
- nem állok próbaidő alatt,
- a munkaviszonyom rendes vagy rendkívüli felmondását, vagy közös megegyezéssel történő megszüntetését sem én, sem a munkáltatóm nem kezdeményezte,
- tudomásom szerint nem tartozom azon alkalmazottak közé, akiknek a munkáltatónál végrehajtott átszervezés, csoportos létszámleépítés vagy ennek nem minősülő alkalmazotti létszámcsökkentés miatt megszűnhet a munkaviszonya,
- nem vagyok keresőképtelen állományban,
- nem részesülök gyermekgondozási díjban (gyed) vagy gyermekgondozási segélyben (gyes), vagy terheségi-gyermekágyi segélyben (tgyás), vagy gyermeknevelési támogatásban (gyet),
- nem vagyok nyugdíjas.

Alulírott szerződő / biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontját közvetlenül megelőző három hónapban a munkáltatótól igazolhatóan kapott nettó jövedelmem átlaga | | | | | | | | | | Ft, azaz \_\_\_\_\_ forint.

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_ a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

b) ha a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a szerződés gyakoriság szerinti díja meghaladja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.2. pontjában foglalt mértéket – az ugyanazon pontban meghatározott mértékben,

c) ha a szerződő a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában rendelkezik a biztosítónál rendszeres díjfizetésű, díjjal fedezett, legalább egy éve érvényben lévő biztosítási szerződéssel – a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos „B” jelű Kondíciós lista 2.3. pontjában meghatározott mértékben.

hónap első napján 0 órakor kezdődik, feltéve, hogy a biztosító a szerződő ajánlatát elfogadta és eddig az időpontig a szerződő a szerződés vagy a biztosítási fedezet első díját megfizette, vagy a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, és a biztosítási fedezet ezáltal létrejött vagy utóbb létrejön.

**Alulírott szerződő/biztosított a biztosítási szerződési feltételekben foglaltak szerint ajánlatot teszek a fent megjelölt biztosítási szerződés megkötésére. Alulírott biztosított hozzájárulok a biztosítási szerződés megkötéséhez.**

Alulírott szerződő/biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen szerződéssel kapcsolatban a megadott e-mail címen vagy telefonon keresztül tájékoztatást adjon.

**Egyéb rendelkezések, záradékok**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (A biztosítási ajánlatot átvettem.)  
az üzletszerző aláírása

Alulírott szerződő / biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában az iskolai végzettségem<sup>2</sup>

Általános iskola

Szakmunkásképző, szakiskola

Szakközépiskola, gimnázium

Főiskola, egyetem

Egyéb: \_\_\_\_\_

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet létrejöttének időpontjában

Foglalkozásom: \_\_\_\_\_

Munkahelyem neve: \_\_\_\_\_

Munkahelyem címe: | | | | | | \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy az összes feltételt elolvastam, megértettem, és azoknak megfelelek. Továbbá kijelentem, hogy a kérdésekre a valóságnak megfelelően válaszoltam. Tudomásul veszem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszokkal, illetve a nyilatkozat aláírásával a biztosítóval szembeni közzéi kötelezettségemnek teszek eleget. A közzéi kötelezettség megsértése esetében a biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.

<sup>1</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. <sup>2</sup> Megfelelő rész jelölendő (x jellel).

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy a szerződés megkötése előtt az Ügyfél-tájékoztatót a függő biztosításközvetítő főbb adatairól, a Termékismertetőt, az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosítás Általános Szerződési Feltételeit, mellékleteit és Kondíciós listáit, a vegyes életbiztosítási fedezet, a term fix életbiztosítási fedezet, az elérési életbiztosítási fedezet és a kockázati életbiztosítási fedezet Különös Szerződési Feltételeit, a baleseti halál esetére szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű műtéti térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű kórházi napi térítésre szóló baleset-biztosítási fedezet, a baleseti eredetű keresőképtelenségre szóló, napi térítéses baleset-biztosítási fedezet, a kritikus betegségekre szóló egészségbiztosítási fedezet, a társadalombiztosítási I. és II. csoportú rokkantság

esetére szóló egészségbiztosítási fedezet, a műtéti térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet, a kórházi napi térítésre szóló egészségbiztosítási fedezet Különös Szerződési Feltételeit, valamint a rokkantságból eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet, a kritikus betegségekből eredő díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet, a csoportos létszámleépítésből eredő időleges díjmentesítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet szerződési feltételeit és az Ügyfél-tájékoztatót az Allianz Klasszikusok élet- és személybiztosításról (AHB-21500/3), továbbá az Egzisztencia programokban szereplő munkanélküliségre szóló biztosítási fedezet Ügyfél-tájékoztatóját, Különös Szerződési Feltételeit (AHB - 21530) átvettem, megismerem és a szerződési feltételekben foglaltakat elfogadom.

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

## A személyes adatok és a különleges személyes adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozatok

### I.

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződési feltételekben elhelyezett, a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismerem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt. biztosítási szerződése **kezelése, karbantartása céljából** átadja a szerződésben szereplő, biztosítási titoknak minősülő adataimat (személyes adatok, az ügyfél vagyoni helyzetére és a biztosítási szerződésre vonatkozó adatok) a szerződésközlésben nem közreműködő más ügynökének (üzletkötőjének).

### II.

1. Alulírott szerződő/biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy

a) az Allianz Hungária Biztosító Zrt. és ügynöke a **szerződés létrejötte, nyilvántartása, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából** különleges személyes adataimat (egészségi adataimat) kezelje,

Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) a biztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges **kockázatelbírálás, valamint a közzé közzététel ellenőrzése céljából** az Allianz Hungária Biztosító Zrt. betekintésen az egészségi állapotomra vonatkozó valamennyi olyan orvosi dokumentációba, amely a jelen ajánlat alapján megkötendő biztosítási szerződésben vállalt kockázat elbírálásához, valamint a közzé közzététel ellenőrzéséhez szükséges, valamint azokról másolatot készítsen. Jelen hozzájárulásommal egyben háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszereszeket, természetgyógyászokat és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos

Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot és a társadalombiztosítási kifizetőhelyet az Allianz Hungária Biztosító Zrt-vel szemben a jelen ajánlat alapján megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggően, az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

2. Alulírott szerződő/biztosított ezúton önként és határozottan felhatalmazom jelen szerződés kedvezményezettjét, valamint az Allianz Hungária Biztosító Zrt.-t, hogy a halálom esetére járó szolgáltatás iránti igény teljesítése érdekében szükséges egészségi és egyéb adataimat háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszereszekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól és a társadalombiztosítási kifizetőhelytől az Allianz Hungária Biztosító Zrt. részére beszerezze. A felsorolt szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adata vonatkozik jelen felhatalmazásom, amely nyilatkozatom egyben az orvosi titoktartásra vonatkozó felmentésnek minősül.

### III.

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt.

a) a **veszélyközösség megóvása céljából** szükség esetén a személyes adataim felhasználásával ellenőrizhesse azon nyilatkozatomat, hogy a jelen biztosítási szerződésben vállalt kockázatra vonatkozóan más biztosítónál van-e biztosításom.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) **automatizált kockázatelbírálás** során döntsön a biztosítási ajánlat elfogadásáról. Ha ezzel a kérdéssel kapcsolatban a nyilatkozó személy válasza nemleges, akkor a biztosító az ajánlatot visszautasíthatja.

szerződő/biztosított:  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | év | | | | hó | | | | nap

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni. <sup>2</sup> Kérjük, hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

<sup>3</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

**Allianz Csoport adatkezelési nyilatkozat**

Alulírott az Allianz Hungária Biztosító Zrt. (székhelye: 1054 Budapest, Bajcsy-Zsilinszky út 52., cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint Cégbíróság, Cg. 01-10-041356, adószáma: 10337587-4-44, továbbiakban: Jogosult) ügyfeleként (a továbbiakban: Ügyfél) a Jogosult tájékoztatása alapján az alábbi önkéntes és kifejezett nyilatkozatokot teszem:

Felhatalmazom Jogosultat, hogy a rám vonatkozó, bank-, értékpapír-, biztosítási-, pénztár titoknak, üzleti titoknak, valamint természetes személyek esetében személyes adatnak (a továbbiakban együtt Adatok) minősülő információkat és/vagy adatokat (az egészségi állapotra vonatkozó adatok kivételével) az Allianz Csoport tagjai<sup>1</sup> részére adatkezelés – ideértve az adatkezelések összekapcsolását is – és nyilvántartás céljára, valamint Jogosult szolgáltatásainak nyújtásához szükséges és igénybe vett, az Allianz Csoport tagjaival szerződéses viszonyban lévő és titoktartási kötelezettség alatt álló ügynökei, illetve egyéb megbízottjai, képviselői részére továbbítsa és felmenti Jogosultat, hogy a titoktartási kötelezettségét ebben a körben fenntartsa.

Felhatalmazom Jogosultat a személyes adataimmal, bank- és értékpapírtitoknak minősülő adatokkal való automatizált adatfeldolgozással történő értékelésre, és az automatizált egyedi döntés útján történő döntéshozatalra, valamint arra, hogy a veszély-közösség megóvása céljából szükség esetén a személyes adataim felhasználásával

Kelt: \_\_\_\_\_, | | | | | év | | | hó | | | nap

ellenőrizhesse azon nyilatkozatomat, hogy a biztosítási szerződésben vállalt kockázatra vonatkozóan más biztosítónál van-e biztosításom.

Tudomásom van arról és hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Csoport tagja a Jogosult részére általam átadott Adatokat nyilvántartsa, kezelje, tárolja és feldolgozza, továbbítsa kockázatkezelési, piackutatási, közvetlen üzletszerzési és marketing célokra, elszámolás céljából, a szerződéses vagy szerződésen kívüli kötelezettségek és jogszabályok igazolására. A hozzájárulás kiterjed a hozzájárulást adó természetes személyek időről időre hirdetési célokból levélben (direct mail), telefonon vagy egyéb, elektronikus és más formájú kommunikációs eszközökön keresztül történő értesítéséhez az Allianz Csoport, illetve harmadik személy termékeiről.

Jogosult személyes adataimat a jogok és kötelezettségek érvényesíthetőségének elévülését követő 5 évig, illetőleg a vonatkozó jogszabályokban foglalt határidőig tartja nyilván és kezeli. Tájékoztatást kaptam az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról és jogorvoslati lehetőségeimről, így arról, hogy a Jogosult fenti címére – illetve hivatalos honlapján szereplő elektronikus levél (e-mail) címére – küldött, a nyilatkozattevőjének egyértelmű azonosítását lehetővé tévő bejelentéssel kizárhatom, illetőleg visszavonhatom a közvetlen üzletszerzési célú hirdetés küldésére vonatkozó hozzájárulásomat. Tájékoztatást kaptam arról, hogy írásbeli kéresemre Jogosult minden, a személyemre vonatkozóan nyilvántartott, kezelt és továbbított adatot írásban közöl velem a hatályos jogszabályoknak megfelelően.

\_\_\_\_\_  
a szerződő/biztosított saját kezű aláírása<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Allianz Csoport tagjai: Allianz Hungária Biztosító Zrt., Allianz Bank Zrt., Allianz Nyugdíjpénztár, Allianz Egészségpénztár, Allianz Direct Kft., Allianz Alapkezelő Zrt., valamint az itt felsorolt Allianz Csoport tagok hatályos üzletszabályzataiban megnevezett, esetlegesen változó Allianz Csoport tag lista. <sup>2</sup> A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen vagy képviselője útján jogosult megtenni.