

Jelen nyilatkozat megtétele esetén az UNION Biztosító vállalja, hogy az ügyfélszolgálatán, a területi irodáiban és a honlapján közzétett SuperShop Pontgyűjtő Feltételben feltüntetett biztosításokra az ott meghatározott módon SuperShop Törzsvásárlói Pontot bocsát ki.

**1. A biztosítás szerződőjének adatai**

Szerződő neve: \_\_\_\_\_

Szerződő lakcíme: \_\_\_\_\_

Biztosítás(ok) ajánlatszám vagy kötvényszám: \_\_\_\_\_

Szerződő SuperShop Törzsvásárlói Kártyájának száma\*: \_\_\_\_\_

\*Amennyiben még nem rendelkezik SuperShop Törzsvásárlói Kártyával, a Kártyaigénylő lap mellett található ideiglenes kártya számát tüntesse fel.

**2. A biztosítás szerződőjének nyilatkozata**

- Tudomásul veszem, hogy az UNION Biztosító kizárólag a biztosítás szerződője részére kiállított SuperShop Törzsvásárlói Kártyára bocsát ki SuperShop Törzsvásárlói Pontot. Egyúttal kijelentem, hogy az 1. pontban megadott kártyaszám a nevemre kiállított SuperShop Törzsvásárlói Kártya száma.
- Tudomásul veszem, hogy az UNION Biztosító jelen nyilatkozatom alapján kizárólag a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződésemmel kapcsolódóan bocsát ki SuperShop Törzsvásárlói Pontot, a jelen nyilatkozat megtételét követően könyvelt, határidőben beérkezett biztosítási díjak után. Hibás kártyaszám esetén visszamenőleges pontkibocsátásra nincs lehetőség.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a SuperShop Törzsvásárlói Program működtetése érdekében nevemet, születési dátumomat, e-mail címemet, a biztosításom kötvényszámát, a rendszeresen fizetendő díját, a díjfizetés időpontját az UNION Biztosító a SuperShopnak átadja.
- Kötelezettséget vállalok arra, hogy amennyiben a SuperShop Törzsvásárlói Kártyám száma megváltozik, a változást 8 napon belül jelzem az UNION Biztosítónak.
- A SuperShop Törzsvásárlói Pontok kibocsátásához szükséges nyilatkozatomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a visszavonást követően könyvelt biztosítási díjak után az UNION Biztosító nem bocsát ki SuperShop Törzsvásárlói Pontot.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Biztosítás szerződőjének aláírása