

Biztosítotti hozzájárulás életbiztosítási szerződés megkötéséhez

Alulírott

Név (biztosított személy):.....

Anyja neve:.....

Szül. helye, ideje.....

Címe.....

mint Biztosított, jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a
....., **mint Szerződővel** a **K&H Biztosító Zrt.**-vel javamra kollektív kockázati életbiztosítási szerződést kössön.

Tudomásul veszem, hogy a kedvezményezett (a biztosítási szolgáltatás jogosultjának) kijelöléséhez és megváltoztatásához írásbeli hozzájárulásom szükséges. Ennek hiányában kedvezményezett a Biztosított, illetve a Biztosított örököse.

A biztosítási szerződésben kedvezményezettként az alábbiakat jelölöm meg:¹

halál esetén: (minden esetben ki kell tölteni, amennyiben nincs kitöltve, úgy itt az örökösök lesznek) **szerződő**

egyéb megnevezett személy(ek)

név:

szül hely, idő:

anyja neve:

cím:

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítotti csoporthoz való tartozást megalapozó ismérv az én vonatkozásomban már nem áll fenn, úgy a szerződő jogosult helyettem más biztosítottat megjelölni (biztosítotti csere). Tudomásul veszem, hogy a biztosítási termék jellegénél fogva a biztosítási szerződésbe való belépésre nem vagyok jogosult, (azaz egyénileg e feltételekkel nem folytathatom).

Kárbejelentéssel a szerződőn keresztül vagy közvetlenül a Biztosítónál lehet élni – K&H Biztosító Zrt. 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9. Tel: 06-1/20/30/70-335-3355 Fax: 06-1-267-6666.

A biztosítási szerződés részletes szabályait a termékre vonatkozó szerződési feltételek tartalmazzák, amelyek a szerződőnél megtekinthetőek. Jelen nyilatkozat aláírásával megerősítem, hogy a biztosító főbb adatairól szóló ismertetést, valamint a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó egység, továbbá a felügyeleti szerv megnevezését tartalmazó tájékoztatót átvettem. A tájékoztató alapján megismertem, hogy mely szervekkel szemben nem terheli titoktartási kötelezettség a biztosítót. A tájékoztató tartalmazza az adatkezelésre vonatkozó információkat is.

Kelt:.....

.....
Biztosított aláírása

Nyilatkozat az egészségügyi adatok kezeléséről

1. Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157.§ (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159.§ (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosult számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl.: háziorvos) és szervezeteket (pl.: kórház, egyéb egészségügyi intézmény, társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettség alól.

2. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítóval jogviszonyban álló orvosok, valamint a viszontbiztosító (Swiss Re Life &Health, Zürich) kockázat-elbírálás és kárrendezés céljából megismerjék és kezeljék a biztosítási ajánlatot az egészségügyi adatokkal együtt.

Kelt:.....

.....
Biztosított aláírása

¹ Több kedvezményezett megjelölése esetén a jogosultak százalékos arányát meg kell jelölni. Ennek hiánya esetén a biztosító egyenlő arányban teljesít.