Biztosítotti nyilatkozat

kollektív munkáltatói és sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz

Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Szerződő adatai

Név: .....

Székhely: .....

Adószám: ..... Cégjegyzék/nyilvántartási szám: .....

Biztosított adatai

Csoportnév: ..... Csoportszám: .....

Biztosított neve: .....

Születési ország: .....

Születési helység, idő: .....

Állampolgárság: .....

Anyja születési neve: .....

Állandó lakcím: .....

Levelezési név: .....

☐ **Kérem a fentiekben megjelölt szerződő és a Generali Biztosító Zrt. (Székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.), mint biztosító között létrejött Pajzs kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés hatályának reám, mint biztosítottra való kiterjesztését.**

☐ **Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosítás-közvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.**

Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

A biztosított halála esetére szóló kedvezményezett jelölés

Alulírott biztosított úgy nyilatkozom, hogy halálom esetén a Generali Biztosító Zrt. a fentiekben megjelölt Pajzs biztosítási szerződés alapján létrejött biztosítotti jogviszonyom halálom esetére vonatkozó biztosításának szolgáltatását/szolgáltatásait az alábbi kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.[1]

(1) Név: ..... Adóazonosító jel[2]: .....

Nem[2]: ..... Állampolgárság[2]: .....

Anyja születési neve[2]: .....

Születési ország[2]: .....

Születési helység, idő[2]: .....

Adószám[3]: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám[3]: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

(2) Név: ..... Adóazonosító jel[2]: .....

Nem[2]: ..... Állampolgárság[2]: .....

Anyja születési neve[2]: .....

Születési ország[2]: .....

Születési helység, idő[2]: .....

Adószám[3]: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám[3]: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

[1] Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított halála esetén kedvezményezett a biztosított örököse(i).
[2] Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.
[3] Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződővel.

Nysz.: 22693

Kedvezményezett jelölés a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában

Alulírott biztosított úgy nyilatkozom, hogy a Generali Biztosító Zrt. a fentiekben megjelölt Pajzs biztosítási szerződés alapján létrejött biztosítotti jogviszonyom alapján az életemben esedékes biztosítási szolgáltatás(oka)t az alábbi, általam megjelölt kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.[4]

(1) Név: . . . . . Adóazonosító jel[2]: . . . . . .

Nem[2]: . . . . . Állampolgárság[2]: . . . . . .

Anyja születési neve[2]: . . . . . .

Születési ország[2]: . . . . . .

Születési helység, idő[2]: . . . . . .

Adószám[3]: . . . . . Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám[3]: . . . . . .

Címe: . . . . . Részarány (%): . . . . . .

(2) Név: . . . . . Adóazonosító jel[2]: . . . . . .

Nem[2]: . . . . . Állampolgárság[2]: . . . . . .

Anyja születési neve[2]: . . . . . .

Születési ország[2]: . . . . . .

Születési helység, idő[2]: . . . . . .

Adószám[3]: . . . . . Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám[3]: . . . . . .

Címe: . . . . . Részarány (%): . . . . . .

[1] Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított halála esetén kedvezményezett a biztosított örököse(i).
[2] Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.
[3] Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződővel.
[4] Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított.

A szerződő és a biztosított megállapodnak, hogy további kedvezményezett jelöléshez és módosításhoz a szerződő írásbeli hozzájárulása szükséges, amennyiben a biztosított a szerződőt kedvezményezettként jelölte meg.

. . . . .	. . . . .	. . . . .
Kelt	Szerződő aláírása (csak abban az esetben szükséges, ha a szerződő is kedvezményezett)	Biztosított aláírása (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

Biztosított adatai

Csoportnév: . . . . . Csoportszám: . . . . . .

Biztosított neve: . . . . . .

Születési hely és idő: . . . . . .

Állandó lakcím: . . . . . .

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó biztosítotti jogviszonyom megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat beszerezze és kezelje. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja a fenti célokból az akár a későbbiekben, akár a korábban bármikor megadott illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat.

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fenti biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítóinak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítóinak továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a generali.hu oldalról.

. . . . .	. . . . .
Kelt	Biztosított aláírása (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)