

Biztosítási védelem változtatása

klasszikus és befektetési egységekhez kötött életbiztosítási szerződések esetén



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • Fax: +36 1 452 3505 • generali.hu@generali.com

Kötvényszám:

Szerződő adatai

Név:
 Születési idő: Telefonszám:

Biztosítási védelem változtatása

A biztosítási összeg módosítására, törlésére vagy hozzákötésére vonatkozó igény

Biztosított neve: Születési idő:

Módosítás hatálydátuma:

Biztosítási védelem megnevezése	Módosítás (Ft/euró)	Törlés	Hozzákötés
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Díjtvállalás halál esetén

Élethosszig tartó életbiztosítások esetén a díjtvállalás kiegészítő tartama: év

A díjtvállalás szolgáltatás a megtakarítási díjrész választott automatikus évenkénti növelése szerint történjen: igen nem

Lejáratú kedvezményezett díjtvállalás szolgáltatáshoz (Kötelező a megadása!)

szerződő%

1) Családi és utónév:%

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Lakcím:

(2) Családi és utónév:%

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Lakcím:

Vagyonkezelő díjtvállalás szolgáltatáshoz (Kizárólag MyLife termékek esetén töltendő!)

A vagyonkezelő alapesetben a szerződő. Név szerinti vagyonkezelő arra az esetre jelölendő, ha már a szerződő sincs életben. Csak egy személy jelölhető meg, aki sem a szerződő, sem a biztosított nem lehet!

Családi és utónév:

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Lakcím:

.....
Kelt

.....
Szerződő aláírása
(jogi személy esetén: cégszerű aláírás)
(G50 esetében: szerződő-biztosított aláírása)

.....
Biztosított aláírása
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok)
(G50 esetében: társbiztosított aláírása)

Kiegészítő biztosítás hozzákötésével és biztosítási összeg növelésével kapcsolatos nyilatkozatok

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

- Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom; továbbiakban egységesen: biztosítási szerződés) megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszeresse és nyilvántartsa. Egyúttal kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos - kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak –, illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek 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.

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 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, gondnok)
(G50 esetében: társbiztosított aláírása)

Amennyiben kiegészítő biztosítás hozzákötését kérte, kérjük, hogy a feltétel átvételéről nyilatkozzon:

Kijelentem, hogy a fent megjelölt kiegészítő biztosításra vonatkozó -tól/-től hatályos szerződési feltételeket átvettem, megismertem és elfogadtam.

Tudomásul vesszük, hogy a **biztosítási összegek növelése, illetve kiegészítő biztosítás hozzákötése** csak újabb kockázatelbírálással lehetséges, ehhez új egészségi nyilatkozat, vagy orvosi vizsgálat szükséges. Emellett a **biztosítási összegek változásával** a fizetendő biztosítási díj is változhat.

Klasszikus életbiztosítások esetén – a kiegészítő biztosítások kivételével – kizárólag a fizetendő biztosítási díj módosítására van lehetőség. Ebben az esetben módosítási ajánlatot küldünk az Ön részére.

Kérjük, hogy aláírást követően, küldje el igényét az alábbi elérhetőségek egyikére:

- e-mail: generali.hu@generali.com
- fax: +36 1 451 3857
- levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888

Ha kérdése van hívja Telefonos ügyfélszolgálatunkat (+36 1 452 3333)!

.....
Kelt

.....
Szerződő aláírása
(jogi személy esetén: cégszerű aláírás)
(G50 esetében: szerződő-biztosított aláírása)

.....
Biztosított aláírása
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok)
(G50 esetében: társbiztosított aláírása)

Biztosító tölti ki!

Név:	PH.
Szervezeti egység:	
Aláírás:	