

# Biztosítotti nyilatkozat

kollektív munkáltatói és sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

**Jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem az alábbiakban 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.**

## Szerződő adatai

Név: Magyar Amerikai Futball Szövetség .....  
 Székhely: 1095 Budapest, Soroksári út 48/11/4/7 .....  
 Adószám: 18188954-2-43 ..... Cégjegyzék/nyilvántartási szám: .....

## Biztosított adatai

Csoportnév: ..... Csoportszám: .....  
 Név: .....  
 Állandó lakcím: .....  
 Születési hely és idő: .....  
 Anyja születési neve: .....  
 Levelezési név: .....

- Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent **közölt azonosító adataim a valóságnak megfelelnek**, egyben tudomásul veszem, hogy az **azokban bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül köteles vagyok a biztosítót értesíteni.**
- Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Szerződő a biztosítotti jogviszony létrejötté, nyilvántartása és a szolgáltatás teljesítése céljából indokolt, fentiekben megadott adataimat a Biztosítónak a cél és ok megjelölésével átadja, és a Biztosító azokat nyilvántartsa, külföldi adatkezelő szervéhez, illetve a Biztosító a viszontbiztosítójához továbbítsa.
- Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájáruláshoz, hogy a biztosító a biztosítotti jogviszony létrejöttével, fenntartásával és a biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat beszeresse, nyilvántartsa és felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben meghatározott egyéb célokra az arra jogosultnak továbbítsa, továbbá az általam bejelentett szolgáltatási igényről és kizárólag a szolgáltatás teljesítéséről, vagy az elutasítás tényéről a Szerződőt tájékoztassa.
- Elismerem, hogy a jelen nyilatkozat aláírása előtt tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási feltételekben meghatározott esetekben a biztosító egyedi kockázatbírálását végezhet (Egészségi nyilatkozat megtétele és/vagy orvosi, egészségi vizsgálat elvégzése). Tudomásul veszem, hogy a kockázatbírálás esetén a biztosítotti jogviszony csak akkor jön létre, ha az Egészségi nyilatkozat, illetve orvosi, egészségi vizsgálati jelentés alapján a biztosító a biztosítási kockázatot vállalja.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítotti jogviszonyommal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – adatokat és a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítási titkot képező személyes adataimat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett elektronikus adatfeldolgozási célból elektronikus adatfeldolgozó részére, továbbá szerződött szakértői részére kockázatbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja. Tudomásul bírok arról, hogy a biztosító az érintett kérelmére tájékoztatást ad az általa kezelt, illetőleg az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről (székhelyéről) és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.
- Tudomásul bírok arról, hogy az adatvédelmi törvény alapján, az abban foglaltak szerint tájékoztatást kérhetek személyes adataim kezeléséről, kérhetem személyes adataim helyesbítését, és – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – zárolását és törlését. Tudomásul bírok továbbá arról, hogy tiltakozhatok személyes adataim kezelése ellen, illetve jogsérelem esetén megillet a bírósági jogérvényesítés joga, valamint jogosult vagyok a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.) bejelentéssel élni.
- Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam a biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony jellemzőiről, a Generali Biztosító Zrt. főbb adatairól, a biztosító fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó fő szervezeti egysége és felügyeleti szerve megnevezéséről, azok elérhetőségéről és a biztosításközvetítő főbb adatairól.
- Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony egészségi kockázatbírálás nélkül jön létre, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre, az adott biztosítottra vonatkozó adott kockázat kockázatviselésének kezdetétől számított 5 évig:
  - a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőző egy évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselést megelőző egy éven belül kórismétek, vagy amely idő alatt gyógykezelést igényelt.
  - az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselést megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
- Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosító a biztosítási feltételekben írt esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, szolgáltatását korlátozza, illetve bizonyos eseményeket a kockázatviseléséből kizár.
- Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződés elvülésére vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elvülési időtől. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésből, biztosítotti jogviszonyból származó igényének 2 (két) év elteltével elvülnek.**

Kelt: .....

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

## Biztosítotti nyilatkozat

kollektív munkáltatói és sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

**Biztosított**

Név: ..... Születési idő: .....

**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 jogviszony baleseti halálra, közlekedési baleseti halálra, illetve kockázati életbiztosításra vonatkozó biztosításának szolgáltatását az alábbi kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.<sup>1</sup>

(1) Név: ..... Adóazonosító jel<sup>2</sup>: .....Anyja születési neve<sup>2</sup>: .....Születési hely és idő<sup>2</sup>: .....Adószám<sup>3</sup>: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám<sup>3</sup>: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

(2) Név: ..... Adóazonosító jel<sup>2</sup>: .....Anyja születési neve<sup>2</sup>: .....Születési hely és idő<sup>2</sup>: .....Adószám<sup>3</sup>: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám<sup>3</sup>: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

<sup>1</sup> Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított halála esetén kedvezményezett a biztosított örököse(i).<sup>2</sup> Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.<sup>3</sup> Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződéssel.**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.<sup>4</sup>

(1) Név: ..... Adóazonosító jel<sup>5</sup>: .....Anyja születési neve<sup>5</sup>: .....Születési hely és idő<sup>5</sup>: .....Adószám<sup>6</sup>: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám<sup>6</sup>: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

(2) Név: ..... Adóazonosító jel<sup>5</sup>: .....Anyja születési neve<sup>5</sup>: .....Születési hely és idő<sup>5</sup>: .....Adószám<sup>6</sup>: ..... Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám<sup>6</sup>: .....

Címe: ..... Részarány (%): .....

<sup>4</sup> Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított.<sup>5</sup> Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.<sup>6</sup> Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződéssel.

**Alulírott szerződő és biztosított tudomásul vesszük, hogy amennyiben biztosítási szolgáltatásra egészben vagy részben kedvezményezett-ként a szerződő kerül megjelölésre, úgy a Pajzs kollektív munkáltatói biztosítás általános feltételeinek/Pajzs kollektív sportolói biztosítás általános feltételeinek II.1.6. pontjától eltérően a szerződő nem mond le a kedvezményezett-jelölési jogáról, melynek következtében a kedvezményezett jelöléséhez és módosításához a szerződő írásbeli hozzájárulása szükséges.**

Kelt: .....

.....  
Szerződő aláírása  
(csak abban az esetben szükséges,  
ha a kedvezményezett szerződő)

.....  
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

kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

## Biztosított

Név: .....

Születési hely és idő: .....

Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből/biztosítotti jogviszonyból származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)–(7) bekezdéseiben, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító az egészségügyi állapotommal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel, illetve biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, melynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

### Tanú 1.

Név: .....

Lakcím: .....

.....

Aláírás: .....

### Tanú 2.

Név: .....

Lakcím: .....

.....

Aláírás: .....

Kelt: .....

.....

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