

SZEMÉLYES HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Csoportos Biztosításhoz

A **polgárőr** neve: Neme: férfi [] - nő []

Polgárőr igazolványának száma: Címe:

Telefonszáma: E-mail címe:

Ezennel beleegyezem, hogy az **Országos Polgárőr Szövetség** mint szerződő az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt-nél rám AEGON csoportos biztosítást kössön. Egyúttal hozzájárulok, hogy a Biztor Alkusz Kft. a biztosítási szerződéssel, illetve új biztosítási termékekkel összefüggésben szóban, postai levél vagy elektronikus eszköz útján történő informálásom érdekében visszavonó nyilatkozatomig, de legkésőbb a biztosítási szerződéssel összefüggő igény érvényesíthetőségéig fenti adataimat kezelje. Felhatalmazom a Biztor Alkusz Kft.-t, hogy egyéb biztosítási ajánlással megkeressen.

Amennyiben munka- vagy biztosítási szerződés alapját képező egyéb jogviszonyom bármely okból megszűnik, vagy a szerződő a biztosítást rám vonatkozóan megszünteti, úgy tudomásul veszem, hogy közös megegyezéses szerződés megszűnés alapján a biztosítási szerződésbe szerződőként nem léphetek be.

Az életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában kedvezményett(ek)ként* az alábbi személy(e)ket jelölöm meg:

1. *Kedvezményezett neve:*
Neme: férfi [] - nő [] Születési dátuma: Kedvezményezettség mértéke:%
Cím:
2. *Kedvezményezett neve:*
Neme: férfi [] - nő [] Születési dátuma: Kedvezményezettség mértéke:%
Cím:
3. *Kedvezményezett neve:*
Neme: férfi [] - nő [] Születési dátuma: Kedvezményezettség mértéke:%
Cím:

Kijelentem, hogy:

- a nyilatkozat aláírásakor keresőképes vagyok: **igen** [] - **nem** [];
- a nyilatkozat aláírását megelőző 3 hónapban napot töltöttem munkámtól távol keresőkép telenséggel járó saját megbetegedésem miatt,
- **jobbkezes** vagyok [] - **balkezes** vagyok [];
- a nyilatkozat aláírásakor részemre a magyar TB rokkantsági járadékot vagy rehabilitációs járadékot **nem folyósít** [] - **folyósít** [],
- munkaképességem csökkenésének megállapítására irányuló kérelmemnek elbírálása az illetékes magyar társadalombiztosítási szervnél **nincs folyamatban** [] - **folyamatban van** [].

Tudomásul veszem, hogy az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

Kelt:, 201.....

.....
A polgárőr aláírása

* Amennyiben a biztosított nem jelöl kedvezményezettet, úgy az életbiztosítási szolgáltatás a biztosított örökösét (örököszeit) illeti meg.

NYILATKOZAT
a 2003. évi LX. törvényben előírt tájékoztatás átvételéről

Kijelentem, hogy a Szerződő jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt AEGON Csoportos Biztosításra vonatkozó személyes hozzájáruló nyilatkozatom aláírása előtt a rendelkezésemre bocsátotta az alábbi dokumentumokat és így a Szerződőtől minden részletre kiterjedő tájékoztatást megkaptam:

AEGON Csoportos Biztosítások Általános és Speciális Feltételei

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dátum:

--	--	--	--

 .

--	--

 .

--	--

.....
A polgárőr aláírása

A. ADATKEZELÉSI NYILATKOZATOK

A jogszerű adatfeldolgozás és nyilvántartás érdekében kérjük, jelölje hozzájárulását X-szel az alábbi pontok mellett található négyzetben. Szerződéskötéshez az A/1–A/5. adatkezelési nyilatkozatok elfogadása mindenképpen szükséges, a szerződő és biztosított (ha van) részéről egyaránt. Kérjük, olvassa el a hátoldalon lévő tájékoztatót, és a biztosító tevékenysége szempontjából lényeges adatkezelési célok ismeretében nyilatkozzon az alábbi pontokról.

- | | Biztosított | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Igen | Nem |
| A/1. Hozzájárulok, hogy az AEGON Magyarország cégcsoport, az AEGON N.V. nemzetközi cégcsoportja részére adataimat kockázatelemzési, valamint ügyfél-kiszolgálási színvonalának emelése és a közös ügyfélszolgálat céljából átadja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A/2. Hozzájárulok, hogy a B/I. pontban megjelölt célból, kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással, személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A/3. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó , a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa. Továbbá hozzájárulok, hogy ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157.§ (1) és (6)–(7) bekezdésében, valamint a 159.§ (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A/4. Hozzájárulok, hogy a biztosító az általa kezelt biztosítási titoknak minősülő adataimat a vele szerződésben álló biztosítási ügynökeinek a biztosítási szerződéssel, illetve új biztosítási termékekkel összefüggésben szóban, postai levél vagy elektronikus eszköz útján történő informálásom érdekében visszavonó nyilatkozatomig, de legkésőbb a biztosítási szerződéssel összefüggő igény érvényesíthetőségéig átadja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A/5. Hozzájárulok, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötésekor megadott személyes adataimról elektronikus nyilvántartást vezessen, és ezen adatokat a biztosítási jogviszonyomhoz kötődő nyereményjátékaihoz, hűségprogramjaihoz , visszavonó nyilatkozatomig felhasználja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. ELEKTRONIKUS KAPCSOLATTARTÁSRA VONATKOZÓ NYILATKOZATOK

Az Ön igényei szerinti kapcsolattartás érdekében kérjük, adja meg elérhetőségeit, és jelölje hozzájárulását X-szel a nyilatkozatok mellett.

E-mail cím:

Mobiltelefonszám: Otthoni telefonszám:





B/1. Kizárólag szerződéssel(ekkel) összefüggő kapcsolattartási nyilatkozat (nem marketing nyilatkozat)





Hozzájárulok, hogy a B. pontban megadott elérhetőségeimen a biztosító a szerződése(i)mmel összefüggő jogaimról, kötelezettségeimről (pl. díjfizetési emlékeztető) értesítsen.

B/2. Ügyfélbarát e-mailek

Hozzájárulok, hogy a B. pontban megadott e-mail címemre a biztosító hasznos kármegelőzési és biztosítás-karbantartási tippeket küldjön.

C. HOZZÁJÁRULÁS ÚJ SZOLGÁLTATÁSOKKAL, ÉRTÉKESÍTÉSI AJÁNLATOKKAL KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÁSHOZ

Hozzájárulok, hogy az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. részemre az általam megadott elérhetőségekre **reklám célú üzeneteket, akciós ajánlatokat és egyéb kapcsolódó szolgáltatásokról szóló tájékoztatókat** küldjön, hívásokat indítson. A szolgáltatást a megjelölt elérhetősége(i)men engedélyezem (e-mailben , mobiltelefonon , otthoni telefonon , postai levélben ). Kérjük, hozzájárulása esetén tegyen X-et az elérhetőség ikon melletti négyzetbe. Megadhat továbbá egy másodlagos e-mail címet, amennyiben csak erre szeretne tőlünk értesítéseket kapni új ajánlatainkról, akcióinkról.

	Igen	Nem
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C/1. Kérem, hogy a C. (marketing) nyilatkozatban meghatározott tartalmakat kizárólag a következő e-mail címre küldjék:

Másodlagos e-mail cím:

Kelt:

Dátum: év hó nap

Aláírás (Biztosított)

1. Az adatkezelés alapja, célja és időtartama

A biztosító az ügyfél adatait törvény rendelkezése, vagy az érintett önkéntes felhatalmazása alapján kezelheti, illetve adhatja át.

- 1.1. Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, továbbá a biztosítókra és a biztosítási tevékenységeikről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit.) felhatalmazása alapján a Bit. 3.§. 61. pontjában megjelölt ügyfél személyes és különleges adatait a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, nyilvántartása, állományban tartása, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése, a biztosító szolgáltatása céljából a szerződés hatálya alatt, illetve mindaddig kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel összefüggésben igény érvényesíthető.
- 1.2. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok (biztosítási titok) tekintetében időbeli korlátozás nélküli titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító harmadik fél részére csak akkor adhatja át, ha arra törvény felhatalmazza, vagy az érintett fél az adat átadásához hozzájárul.
- 1.3. Törölni kell minden olyan adatot, amellyel kapcsolatban az adatkezelési cél megszűnt, vagy nincs törvényi vagy ügyfél általi felhatalmazás.
- 1.4. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási szerződés megkötéséhez szükséges adatok tekintetében feltétele a szerződés létrejöttének, ezért ilyen esetben az adatszolgáltatás megtagadása kizárja a biztosítási szerződés létrejöttét. A biztosító egyéb, nem a biztosítási szerződés megkötését célzó adatkérését az ügyfél szabad belátása szerint teljesítheti.
- 1.5. Törvényi felhatalmazás hiányában az adatok az ügyfél előzetes, önkéntes felhatalmazása alapján kezelhetők, adhatók át, vonhatók össze.
- 1.6. A létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatok addig kezelhetők, ameddig a szerződés megíjúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- 1.7. Reklám elektronikus kommunikációs eszköz útján csak az érintett előzetes, egyértelmű és kifejezett hozzájárulása mellett közölhető.

2. Az érintett jogai és érvényesítésük

Az érintettet tájékoztatni kell, illetve az érintett tájékoztatást kérhet a következőkről: adatszerezés forrásáról, személyes adatai kezeléséről, annak céljáról, jogalapjáról, módjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevről, címéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják vagy kapták meg az adatait. Az érintett kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – ingyenes és korlátozásmentes törlését. Az érintett jogai megsértése esetén a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz és a bírósághoz fordulhat.

3. Tiltakozási jog

Az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, ha

- a) a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést jogszabály rendelte el;
- b) a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik;
- c) a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi.

4. Kizárólag szerződéssel(ekkel) és meglévő szolgáltatásokkal összefüggő kapcsolattartási nyilatkozat (nem marketing nyilatkozat)

A szerződő/biztosított önkéntesen határozhat, az elektronikus kommunikáció kockázatainak vállalása mellett, a 4.1., 4.2. pontokban foglalt témákban a biztosítóval történő kapcsolattartásról. Döntését a túloldalon, a B/1. nyilatkozatban erősítheti meg.

- 4.1. Témák: figyelemztetések küldése díjfizetési esedékességről, díjhátralékról, valamint értesítések díjfizetéssel, ügyintézésel, kéreseménnyel, szerződésmódosítással kapcsolatos lehetőségekről.
- 4.2. Elektronikus levélben közölt, biztosítási titoknak minősülő adatok: szerződő neve, termék megnevezése, díj adatok (esedékes gyakoriság szerinti díj, esetleges hátralék, díjrendezetség dátuma).

Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatban vállalt kötelezettségeim elmulasztásából eredő esetleges károkért a biztosító nem vállal felelősséget.

Kelt:

Dátum: év hó nap

Alíírás (Biztosított)