

## Biztosítotti nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr ..... Ajánlatszám: 50049779090 ..... Kötvényszám: 92795004977909000 .....

## Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Tamás ..... Neme:  Férfi  Nő  
 Születési hely/ország: Magyarország ..... Helység: Pécs .....  
 Születési idő: 2007.11.23 ..... Anyja születési neve: Lőveí Éva .....  
 Telefonszám: 20/2134043 ..... Email cím: szabó.patrik18@gmail.com .....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségügyi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

## Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány, 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
 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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

### • Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

### • Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

### • Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a [general.hu](http://general.hu) oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

## Biztosítotti nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr.....

Ajánlatszám: 50049779090.....

Kötvényszám: 92795004977909000.....

## Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Balázs ..... Neme:  Férfi  Nő

Születési hely/ország: Magyarország ..... Helység: Pécs .....

Születési idő: 2007.11.23 ..... Anyja születési neve: Lőveí Éva .....

Telefonszám: 70/7391934 ..... Email cím: szabó.patrik18@gmail.com .....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

## Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány....., 2023... év 08... hó 15... nap

.....  
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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnégyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájárulás alapján történhet.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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 kockázatbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt: Harkány ....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

### • Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

### • Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájárulás alapján alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

### • Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a [general.hu](http://general.hu) oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

## Biztosított nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr.....

Ajánlatszám: 50049779090.....

Kötvényt szám: 92795004977909000.....

## Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Lovéj Éva..... Neme:  Férfi  Nő

Születési hely/ország: Magyarország..... Helység: Siklós.....

Születési idő: 1974.04.15..... Anyja születési neve: Csonka Erzsébet.....

Telefonszám: 20/5476757..... Email cím: lovejevi74@gmail.com.....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségügyi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

## Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány....., 2023... év 08... hó 15... nap

.....  
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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnégyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájárulás alapján alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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 kockázatbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

### Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

### Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájárulás alapján alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

### Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a [general.hu](http://general.hu) oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

## Biztosítotti nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr ..... Ajánlatszám: 50049779090 ..... Kötvényszám: 92795004977909000 .....

#### Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Tamás ..... Neme:  Férfi  Nő  
 Születési hely/ország: Magyarország ..... Helység: Pécs .....  
 Születési idő: 2007.11.23 ..... Anyja születési neve: Lőve Erika .....  
 Telefonszám: 20/2134043 ..... Email cím: szabopatrik18@gmail.com .....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
 A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségügyi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

#### Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány, 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
 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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

- Az adatkezelés céljai**
  - a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
  - a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
  - a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
  - a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
  - a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
  - panaszok kezelése.

- Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban**

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

- Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről**

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

**Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.**



## Biztosított nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr.....

Ajánlatszám: 50049779090.....

Kötvényt szám: 92795004977909000.....

## Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Balázs ..... Neme:  Férfi  Nő  
 Születési hely/ország: Magyarország ..... Helység: Pécs .....  
 Születési idő: 2007.11.23 ..... Anyja születési neve: Lőveí Éva .....  
 Telefonszám: 70/7391934 ..... Email cím: szabó.patrik18@gmail.com .....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségügyi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

## Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány....., 2023... év 08... hó 15... nap

.....  
 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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

- Az adatkezelés céljai**
  - a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
  - a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
  - a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
  - a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
  - a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
  - panaszok kezelése.

- Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban**

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

- Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről**

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

**Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.**

## Biztosított nyilatkozat



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

Módozat kód: Testőr.....

Ajánlatszám: 50049779090.....

Kötvényszám: 92795004977909000.....

## Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Lőveji Éva..... Neme:  Férfi  Nő

Születési hely/ország: Magyarország..... Helység: Siklós.....

Születési idő: 1974.04.15..... Anyja születési neve: Csonka Erzsébet.....

Telefonszám: 20/5476757..... Email cím: lovejevi74@gmail.com.....

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. 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 – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.  
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- 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.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

## Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.



Kelt: Harkány....., 2023... év 08... hó 15... nap

.....  
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

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájárulás alapján történhet.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. 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 fenti 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 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.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

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

## ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

- **Az adatkezelés céljai**
  - a) a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
  - b) a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
  - c) a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
  - d) a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
  - e) a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
  - f) panaszok kezelése.

- **Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban**

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájárulás alapján alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

- **Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről**

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

**Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.**

## Tájékoztató és ügyfélnyilatkozat

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

Ajánlatszám: 50049779090

Kötvényszám: 92795004977909000

## Biztosításközvetítő adatai

Név: LŐVEI ÉVA E.V. JUST-kód: 75981638 Telefonszám: +36205476757

## A SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁS

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az alább felsorolt dokumentumokat elérhetővé teszi a general.hu oldalon:

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések,
- vonatkozó szerződési feltételek,
- vonatkozó biztosítási termékismertető,
- termékbemutató.

Elektronikus kommunikáció választása esetén a biztosító az Ön által megadott email címre fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton megküldi:

az Elektronikus hozzájáruló nyilatkozata alapján:

- a Biztosítási igények és szükségletek felmérőt\*,
- a fent hivatkozott dokumentumok elérhetőségét tartalmazó linket;

a szerződéskötést megelőző tájékoztatásra vonatkozó nyilatkozatok megtétele után:

- a Termékismertetőt,
- az elektronikus úton rögzített ajánlatát, amely tartalmazza a szerződéskötés során tett nyilatkozatait.

**Elektronikus kommunikáció választása esetén kérjük, hogy email elérhetőségét a saját érdekében pontosan, a valóságnak megfelelően adja meg.****Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az elektronikus kommunikáció lehetőségével nem kíván élni, úgy a biztosító a fent hivatkozott dokumentumokat a szerződéskötéskor adja át az Ön részére.****Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről kötvényt állít ki.**

\* Amennyiben a biztosítási szerződés kötése során a biztosító ügynöke jár el.

## Szerződő adatai

 Nem természetes személy Természetes személyNeme:  Férfi  Nő

Titulus, családi és utónév/Cégnév: Szabó Patrik

Születési hely: Magyarország, Pécs

Születési idő: 1997.04.11 Anyja születési neve: Lővei Éva

## Az alábbi nyilatkozatok kitöltése kizárólag természetes személy szerződő esetén kötelező!

**Tényleges tulajdonosi nyilatkozat** (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

(Tényleges tulajdonos az a természetes személy, akinek megbízásából valamely ügyleti megbízást végrehajtanak.)

**Kijelentem, hogy saját nevemben járok el.** Igen  Nem

Nemleges válasz esetén az „Azonosítási adatlap természetes személy részére” nyomtatvány kitöltése kötelező!

**Ügyfél kiemelt közszereplő nyilatkozata** (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

1. Kiemelt közszereplő  2. Kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója
3. Kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy  4. Nem kiemelt közszereplő

1-3. válasz esetén a besorolás kódja: .....

**Pénzeszköz forrása:**

Az alábbi esetekben kötelező a kitöltése:

- kiemelt közszereplő nyilatkozat 1-3. válasz esetén
- személyesen meg nem jelent ügyfél
- stratégiai hiányosságokkal rendelkező, kiemelt kockázatot jelentő harmadik országból származó ügyfél/tényleges tulajdonos/meghatalmazott/képviselő

**Nyilatkozat adóügyi illetőségről**

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország
- Amerikai Egyesült Államok
- Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!):
- .....



Felhívjuk a figyelmét, hogy a fenti adatokban bekövetkezett változásokról 5 munkanapon belül köteles tájékoztatni a biztosítót.

### I. HOZZÁJÁRULÁS ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓHOZ

- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződési kezelésével kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre, valamint a biztosítási díjakról elektronikus úton, elektronikus formában állíthassa ki a számlát.

A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésessel, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a biztosítási díjakról szóló információk. Az elektronikus számlával kapcsolatos tudnivalók a biztosító <http://www.general.hu> webcímén ismerhetők meg.

### II. HOZZÁJÁRULÁS MARKETING TARTALMÚ ÜZENETEK KÜLDÉSÉHEZ

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen, az Adatkezelési tájékoztató – különösen annak a közvetlen üzletszerzési célú adatkezelésekre vonatkozó pontja szerinti – megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) elektronikus levelezési címen, emailben kapott üzenetek esetén pedig a [leirakozas@general.hu](mailto:leirakozas@general.hu) címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adatfeldolgozó igénybevitelére, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

### III. SZERZŐDÉSKÖTÉST MEGELŐZŐ TÁJÉKOZTATÁSRA VONATKOZÓ NYILATKOZATOK

**Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt kellő időben, az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos, alább felsorolt dokumentumokat megkaptam, azok tartalmát megismertem és elfogadom.**

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételei
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás különös feltételei
- Biztosítási igények és szükségletek felmérése
- Termékbemutató a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Termékismertető TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt megismertem a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításra vonatkozó Biztosítási termékismertetőt.
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt a biztosítási igényeim és szükségleteim felmérése megtörtént, és a javasolt biztosítási termék összhangban van az igényfelmérés során általam megadott információkkal.
- Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőre vonatkozó tájékoztatást a biztosításközvetítőtől átvettem.
- Kijelentem, hogy a megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggő, a fent nevezett és jelen dokumentumban rögzített tájékoztatáson kívül egyéb tájékoztatást nem kaptam.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
Szerződő aláírása  
(nem természetes személy esetén  
cégszerű aláírás)

### IV. TOVÁBBI TÁJÉKOZTATÁS ÉS NYILATKOZATOK

- Kijelentem, hogy a fent jelzett ajánlati sorszámon, elektronikus úton rögzített, a saját nyilatkozataimat tartalmazó ajánlatot teszem a biztosító felé. Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlaton rögzített adatokat ellenőriztem, azok a valóságnak megfelelnek.
- Szerződként tudomásul veszem, hogy a szerződés elvülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elvülési időtől. Tudomásul veszem, hogy a jelen szerződésből származó igények 2 (két) év elteltével elvülnek.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó általános feltételekben külön fejezet(ek)ben foglalta össze a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlatától lényegesen eltérő rendelkezéseket.

- A biztosítási szerződésre irányadó általános feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlatlól eltérő szabályok” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az ajánlat elfogadásához egyedi kockázatbírálást végez. Amennyiben a jelen ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat, orvosi, egészségi vagy tesztvizsgálat (továbbiakban: egészségi kockázatbírálás) szükséges, úgy a kockázatbírálási idő 60 nap.

A biztosítási ajánlat biztosító vagy képviselője általi átvételét követő 15 – vagy amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatbírálásra van szükség 60 – napon belül a biztosító jogosult az ajánlatot indokolás nélkül visszautasítani abban az esetben is, ha a fenti időszak alatt biztosítási esemény következik be.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
Szerződő aláírása  
(nem természetes személy esetén  
cégszerű aláírás)

## Tájékoztató és ügyfélnyilatkozat

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

Ajánlatszám: 50049779090

Kötvényszám: 92795004977909000

## Biztosításközvetítő adatai

Név: LŐVEI ÉVA E.V. JUST-kód: 75981638 Telefonszám: +36205476757

## A SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁS

Tájékoztató, hogy a biztosító az alább felsorolt dokumentumokat elérhetővé teszi a generali.hu oldalon:

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések,
- vonatkozó szerződési feltételek,
- vonatkozó biztosítási termékismertető,
- termékbemutató.

Elektronikus kommunikáció választása esetén a biztosító az Ön által megadott email címre fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton megküldi:

az Elektronikus hozzájáruló nyilatkozata alapján:

- a Biztosítási igények és szükségletek felmérőt\*,
- a fent hivatkozott dokumentumok elérhetőségét tartalmazó linket;

a szerződéskötést megelőző tájékoztatásra vonatkozó nyilatkozatok megtétele után:

- a Termékismertetőt,
- az elektronikus úton rögzített ajánlatát, amely tartalmazza a szerződéskötés során tett nyilatkozatait.

**Elektronikus kommunikáció választása esetén kérjük, hogy email elérhetőségét a saját érdekében pontosan, a valóságnak megfelelően adja meg.****Tájékoztató, hogy amennyiben az elektronikus kommunikáció lehetőségével nem kíván élni, úgy a biztosító a fent hivatkozott dokumentumokat a szerződéskötéskor adja át az Ön részére.****Tájékoztató, hogy a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről kötvényt állít ki.**

\* Amennyiben a biztosítási szerződés kötése során a biztosító ügynöke jár el.

## Szerződő adatai

 Nem természetes személy Természetes személyNeme:  Férfi  Nő

Titulus, családi és utónév/Cégnév: Szabó Patrik

Születési hely: Magyarország, Pécs

Születési idő: 1997.04.11 Anyja születési neve: Lővei Éva

## Az alábbi nyilatkozatok kitöltése kizárólag természetes személy szerződő esetén kötelező!

**Tényleges tulajdonosi nyilatkozat** (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

(Tényleges tulajdonos az a természetes személy, akinek megbízásából valamely ügyleti megbízást végrehajtanak.)

**Kijelentem, hogy saját nevemben járok el.** Igen  Nem

Nemleges válasz esetén az „Azonosítási adatlap természetes személy részére” nyomtatvány kitöltése kötelező!

**Ügyfél kiemelt közszereplő nyilatkozata** (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

1. Kiemelt közszereplő  2. Kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója
3. Kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy  4. Nem kiemelt közszereplő

1-3. válasz esetén a besorolás kódja: .....

**Pénzeszköz forrása:** .....

Az alábbi esetekben kötelező a kitöltése:

- kiemelt közszereplő nyilatkozat 1-3. válasz esetén
- személyesen meg nem jelent ügyfél
- stratégiai hiányosságokkal rendelkező, kiemelt kockázatot jelentő harmadik országból származó ügyfél/tényleges tulajdonos/meghatalmazott/képviselő

**Nyilatkozat adóügyi illetőségről**

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország
- Amerikai Egyesült Államok
- Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!):
- .....



Felhívjuk a figyelmét, hogy a fenti adatokban bekövetkezett változásokról 5 munkanapon belül köteles tájékoztatni a biztosítót.

### I. HOZZÁJÁRULÁS ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓHOZ

- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződési kezelésével kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre, valamint a biztosítási díjakról elektronikus úton, elektronikus formában állíthassa ki a számlát.

A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésessel, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a biztosítási díjakról szóló információk. Az elektronikus számlával kapcsolatos tudnivalók a biztosító <http://www.general.hu> webcímén ismerhetők meg.

### II. HOZZÁJÁRULÁS MARKETING TARTALMÚ ÜZENETEK KÜLDÉSÉHEZ

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen, az Adatkezelési tájékoztató – különösen annak a közvetlen üzletszerzési célú adatkezelésekre vonatkozó pontja szerinti – megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) elektronikus levelezési címen, emailben kapott üzenetek esetén pedig a [leirakozas@general.hu](mailto:leirakozas@general.hu) címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adatfeldolgozó igénybevitelére, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

### III. SZERZŐDÉSKÖTÉST MEGELŐZŐ TÁJÉKOZTATÁSRA VONATKOZÓ NYILATKOZATOK

**Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt kellő időben, az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos, alább felsorolt dokumentumokat megkaptam, azok tartalmát megismertem és elfogadom.**

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételei
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás különös feltételei
- Biztosítási igények és szükségletek felmérése
- Termékbemutató a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Termékismertető TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt megismertem a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításra vonatkozó Biztosítási termékismertetőt.
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt a biztosítási igényeim és szükségleteim felmérése megtörtént, és a javasolt biztosítási termék összhangban van az igényfelmérés során általam megadott információkkal.
- Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőre vonatkozó tájékoztatást a biztosításközvetítőtől átvettem.
- Kijelentem, hogy a megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggő, a fent nevezett és jelen dokumentumban rögzített tájékoztatáson kívül egyéb tájékoztatást nem kaptam.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
Szerződő aláírása  
(nem természetes személy esetén  
cégszerű aláírás)

### IV. TOVÁBBI TÁJÉKOZTATÁS ÉS NYILATKOZATOK

- Kijelentem, hogy a fent jelzett ajánlati sorszámom, elektronikus úton rögzített, a saját nyilatkozataimat tartalmazó ajánlatot teszem a biztosító felé. Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlaton rögzített adatokat ellenőriztem, azok a valóságnak megfelelnek.
- Szerződként tudomásul veszem, hogy a szerződés elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elévülési időtől. Tudomásul veszem, hogy a jelen szerződésből származó igények 2 (két) év elteltével elévülnek.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó általános feltételekben külön fejezet(ek)ben foglalta össze a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezéseket.

- A biztosítási szerződésre irányadó általános feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól eltérő szabályok” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az ajánlat elfogadásához egyedi kockázatbírálást végez. Amennyiben a jelen ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat, orvosi, egészségi vagy tesztvizsgálat (továbbiakban: egészségi kockázatbírálás) szükséges, úgy a kockázatbírálási idő 60 nap.

A biztosítási ajánlat biztosító vagy képviselője általi átvételét követő 15 – vagy amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatbírálásra van szükség 60 – napon belül a biztosító jogosult az ajánlatot indoklás nélkül visszautasítani abban az esetben is, ha a fenti időszak alatt biztosítási esemény következik be.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....  
Szerződő aláírása  
(nem természetes személy esetén  
cégszerű aláírás)