

## Kérelem Baleseti Védelem Csomag váltására

<b>Főbiztosított neve:</b>	
<b>Születési dátuma:</b>	
<b>Erste Banknál vezetett lakossági bankszámlaszáma (amelyhez a Baleseti Védelmi Biztosítást igényelte):</b>	
<b>Jelenlegi biztosítási csomag:</b>  (Kérjük, x-el jelölje a megfelelőt!)	<input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Alap 5 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Prémium 5 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Alap 5 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Prémium 5 000 000 Ft biztosítási összeggel <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Alap 10 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Prémium 10 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Alap 10 000 000 Ft biztosítási összeggel <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Prémium 10 000 000 Ft biztosítási összeggel
<b>Újonnan választott biztosítási csomag:</b>  (Kérjük, x-el jelölje a megfelelőt!)	<input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Alap 5 000 000 Ft biztosítási összeggel (590 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Prémium 5 000 000 Ft biztosítási összeggel (1.090 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Alap 5 000 000 Ft biztosítási összeggel (1.190 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Prémium 5 000 000 Ft biztosítási összeggel (2.690 Ft) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Alap 10 000 000 Ft biztosítási összeggel (1.190 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Egyéni Prémium 10 000 000 Ft biztosítási összeggel (2.090 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Alap 10 000 000 Ft biztosítási összeggel (2.290 Ft) <input type="checkbox"/> Baleseti Védelem-Családi Prémium 10 000 000 Ft biztosítási összeggel (5.290 Ft)

Biztosítottként kérem az ERSTE BANK HUNGARY Zrt.-nél fenti lakossági bankszámlámhoz kapcsolódóan igénybevett Baleseti Védelem Csomag módosítását a fent megjelölt új Baleseti Védelem Csomagra.

**Az új Baleseti Védelem Csomag szerződési feltételeit a Biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a Biztosító mentesülésének szabályait, valamint a kizárásokat elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.** Tudomásul veszem továbbá, hogy a jelen kérelem Erste Bankhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0 órájától kezdődik a Biztosítónak az új Baleseti Védelmi Csomag szerinti kockázatviselése.

Az újonnan választott Baleseti Védelem Csomagra **vonatkozó díjtételeket teljes körűen megismertem és azokat elfogadom, hozzájárulok az új díjnak a kockázatviselés kezdetétől a bankszámlámról történő, a hó utolsó napján esedékes levonásához.** Tudomásul veszem továbbá, hogy az új Baleseti Védelem Csomagban lévő **plusz kockázatokra, plusz biztosítási összegekre vonatkozóan a biztosítási feltételek szerinti várakozási idő újraindul.**

Felhatalmazom az ERSTE BANK HUNGARY Zrt.-t, hogy a fenti bankszámlámhoz kapcsolódó Baleset Védelmi Csomag módosítást elvégezze és a módosításról a biztosítási fedezetet nyújtó UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-t vagy NN Biztosító Zrt.-t értesítse.

Dátum:.....

.....  
**Főbiztosított aláírása**

---

**Bank tölti ki!**

Átvette: .....

Átvétel dátuma: .....

**A Kérelem Baleseti Védelem Csomag váltásra nyomtatványt kitöltés és aláírás után a Bank következő postacímére kérjük elküldeni:**

**ERSTE BANK HUNGARY ZRT.-TELESALES Budapest 1933**

**Kizárólag Alap csomagra! Prémium csomagra történő módosítás esetén szükséges kitölteni!**

**Kiegészítő nyilatkozat Baleseti Védelem Csomagváltáshoz**

<b>Főbiztosított neve:</b>	
<b>Születési dátuma:</b>	
<b>Erste Banknál vezetett lakossági bankszámlaszáma (amelyhez a Baleseti Védelmi Biztosítást igényelte):</b>	

A jelen csatlakozási nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az ERSTE BANK HUNGARY Zrt. által vezetett lakossági forint bankszámlákhoz kapcsolódóan az ERSTE BANK HUNGARY Zrt., mint Szerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., valamint az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban együtt: **Biztosítók**) között létrejött „ERSTE Prémium” Baleseti Védelem baleseti kiegészítő fedezetekkel rendelkező csoportos személybiztosítási szerződéshez (továbbiakban: **Csoportos Biztosítás**), mint Főbiztosított csatlakozni kívánok és ezzel hozzájárulok ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítás alapján a Biztosító kockázatviselése rám - és Családi Csomag választása esetén az Egyéb biztosítottakra is - kiterjedjen.

Alulírott, mint a fenti Csoportos Biztosítás Főbiztosítottja a következő nyilatkozatokat teszem:

- Kijelentem, hogy jelen nyilatkozat megtételekor:**
  - 1.1. életkorom 18 és 65 év között van, és
  - 1.2. a Banknál lakossági forint bankszámlaszerződéssel rendelkezem, annak nem vagyok társtulajdonosa, valamint
  - 1.3. nem részesülök rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban, továbbá
  - 1.4. a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően a Csoportos Biztosításnak nem voltam Főbiztosítottja az 1.2. pont szerinti bankszámlaszerződés vonatkozásában.
- Tudomásul veszem**, hogy a Bank a fenti személyes adataimat, valamint az Erste Bank Hungary Zrt.-nél vezetett bankszámlaszerződéssel kapcsolatos adatokat (számlaszám, ügyfélszám) átadja a Biztosítók részére annak érdekében, hogy a biztosítási jogviszonnyal, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő célból kezeljék, és ebben a körben felhasználják, illetve biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138-141.§§, és 149.§-ban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsák. Tájékoztatót kaptam arra vonatkozóan, hogy az adatkezelés jogalapja a biztosítási szerződés teljesítése.
- Aláírással a megfelelő tájékoztatást követően önkéntesen, határozottan és kifejezetten hozzájárulok ahhoz**, hogy:
  - a) a Bank a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatban az egészségi állapotommal kapcsolatos, személyes adat különleges kategóriájába tartozó személyes adataimat a biztosítási jogviszonnyal összefüggő célból (e célon belül különösen a biztosítási jogviszony létrehozásával, nyilvántartásával a biztosítási szolgáltatás nyújtásával összefüggő célból) kezelje, továbbá tudomásul veszem azt, hogy ugyanezen célból a Biztosítók számára továbbítsa.
  - b) a Biztosítók a Csoportos Biztosítási Szerződéssel kapcsolatban az egészségi állapotommal kapcsolatos személyes adat különleges kategóriájába tartozó személyes adataimat a biztosítási jogviszonnyal összefüggő célból (e célon belül különösen a biztosítási jogviszony létrehozásával, nyilvántartásával a biztosítási szolgáltatás nyújtásával összefüggő célból) kezeljék, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138-141. § és 149. §-ban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsák.
- Felmentem** a titoktartás alól a Szerződőt a 2. és a 3. pontban foglalt adatoknak a Biztosítók részére történő átadása vonatkozásában, egyúttal felmentem az egészségügyi adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv), hatóságokat a titoktartási kötelezettségük alól és felhatalmazom őket a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatok átadására az adatokat kérő Biztosítók számára.
- Felhatalmazom** azokat a biztosítókat, amelyek rám vonatkozóan azonos vagy összefüggő kockázatú biztosításokat kezelnek, hogy a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a Biztosítókhoz továbbítsák.
- Tudomásul veszem**, hogy a Biztosítók az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általuk kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelhetik, ameddig a

biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosítók kötelesek törölni minden olyan, ügyfelekkel, volt ügyfelekkel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

7. **Tudomásul veszem**, hogy a fent megjelölt Csoportos Biztosításba azok hatálya alatt Szerződként a feltételekben foglaltak szerint nem léphetek be. Továbbá, hogy a Biztosítók kockázatviselési kezdete a csatlakozást követő hónap első napjának 0:00 órájától kezdődődik, kivéve a nem baleseti eredetű halál biztosítási esemény esetén, ugyanis arra a Biztosító **6 havi várakozási időt** köt ki. A Biztosító kockázatviselése nem baleseti eredetű halál biztosítási esemény esetén a várakozási idő leteltét követően kezdődik.
8. **Kijelentem**, hogy jelen nyilatkozat aláírása előtt a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó Biztosítási Tájékoztatót, Biztosítási termékismertetőt, termékcsopontonkénti bontásban készült Összehasonlító elemzést és a vonatkozó Biztosítási Feltételeket átvettem, a biztosításközvetítőként eljáró Szerződőtől megfelelő tájékoztatást kaptam a Csoportos Biztosítás jellemzőiről, a Biztosítók főbb adatairól, a biztosításra vonatkozó szerződési feltételekről, így különösen az **általam választott biztosítási csomagban szereplő biztosítási kockázatokról**, valamint a **biztosítás havi díjáról**.
9. **Tudomásul veszem**, hogy a tárgyhavi biztosítási díjat a tárgyhónapot követő hónapban a havi zárlati díjjal egy időben terheli be a Szerződő a fent megjelölt folyószámlámon.
10. **Felhatalmazom** az Erste Bank Hungary Zrt-t, hogy a biztosítás díját a fent megjelölt folyószámlámról beszedje.
11. **Tudomásul veszem**, hogy:
  - a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki – egyebek mellett - a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről tudomással bírtam,
  - a biztosítás díja változó, a Főbiztosított csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első naptári évére érvényes. A Biztosítók kifejezetten fenntartják a jogot arra, hogy a biztosítás díját naptári évente a Bankkal egyeztetve egyoldalúan módosítsák a vonatkozó Biztosítás Feltételek 13.7. pontjában meghatározottak szerint.
12. **Kijelentem, és aláírással megerősítem**, hogy a biztosítási értékesítési folyamat során konkrét igényeimet az Erste Bank Hungary Zrt., mint biztosításközvetítő szakszerűen felmérte, a számomra lehetséges biztosításokat elemezte és az általam adott tájékoztatás alapján szükségleteimnek és igényeimnek a legmegfelelőbb biztosítási terméket ajánlotta, továbbá az igényelt termékkel kapcsolatban közérthető és tárgyilagos tájékoztatást kaptam.

**Tájékoztatót kaptam arról, miszerint a Csoportos Biztosításból eredő igények elévülési ideje a biztosítási szerződés megszűnésétől, illetve biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év. A biztosítási szerződésnek ezt a rendelkezését kifejezetten elfogadom és tudomásul veszem.**

**Továbbá tudomásom van arról, hogy én, mint Főbiztosított a jelen csatlakozási nyilatkozatot a megtételétől számított 30 napon belül indokolás nélkül visszavonhatom (rendkívüli felmondás), ezt követően pedig bármikor (rendes felmondás) visszavonhatom az alábbiak szerint.**

Felmondást írásban a Bank címére (Erste Bank Hungary Zrt. (Telesales), 1933. Budapest) kell megküldeni.

A Főbiztosított rendkívüli felmondási jogát akkor kell határidőben érvényesítettnek tekinteni, ha az írásbeli csatlakozási nyilatkozatát visszavonó írásbeli nyilatkozatát a Főbiztosított a 30 napos határidő lejártá előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Bank által megadott címre elküldi. Ez esetben a biztosítási jogviszony a Főbiztosított Csoportos Biztosításhoz való csatlakozását követő hónap első napjának 0.00 órájára visszamenő hatállyal díjfizetési kötelezettség nélkül megszűnik. A már befizetett díjakat a Bank ebben az esetben a Főbiztosítottnak visszajuttatja.

A határidőn túl elküldött csatlakozást visszavonó nyilatkozat rendes felmondásnak minősül. Rendes felmondással a biztosítási jogviszonyát a jelen visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 nap eltelté után, a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntetheti. Ez esetben a Biztosító kockázatviselése a felmondás Bankhoz történő beérkezését követő hónap első napjának 0:00 órakor megszűnik.

A Biztosítás Feltételek 13.7. pontjában meghatározottak szerinti díjemelés elutasítása esetén a Biztosított a naptári év végéig a Bankhoz eljuttatott felmondó nyilatkozatával szüntetheti meg biztosítási jogviszonyát.

Alulírott kijelentem, hogy a fenti csatlakozási nyilatkozatban tett nyilatkozataim megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közzétevése esetén a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás kifizetése alól.

Dátum:.....

.....  
**Főbiztosított aláírása**

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

.....

Aláírás:

.....