

**Biztosítotti hozzájárulás életbiztosítási szerződés megkötéséhez,**  
**Csoportos bérszámla szerződéshez, vagy Együttműködési megállapodáshoz kötött díjmentes**  
**csoportos élet- és balesetbiztosítás termék esetében**

Alulírott

Név.....(biztosított személy)

Anyja neve.....

Szül. hely, idő.....

Cím.....

mint Biztosított jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a **K&H Bank Zrt.** a K&H Biztosító Zrt.-vel javamra kollektív kockázati életbiztosítási szerződést kössön

Tudomásul veszem, hogy a kedvezményezett (a biztosítási szolgáltatás jogosultjának) kijelöléséhez és megváltoztatásához írásbeli hozzájárulásom szükséges. Ennek hiányában kedvezményezett a Biztosított illetve a Biztosított örököse.

A biztosítási szerződésben kedvezményezettként az alábbiakat jelölöm meg:<sup>1</sup>

**halál esetén:** (minden esetben ki kell tölteni, amennyiben nincs kitöltve, úgy itt az örökösök lesznek)

egyéb megnevezett személy(ek)

név:

szül hely, idő:

anyja neve:

cím:

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződésben meghatározott, a biztosítotti csoporthoz való tartozást megalapozó ismérv az én vonatkozásomban már nem áll fenn, úgy a szerződő jogosult helyettem más biztosítottat megjelölni (biztosítotti csere). Tudomásul veszem, hogy a biztosítási termék jellegénél fogva a biztosítási szerződésbe való belépésre nem vagyok jogosult, (azaz egyénileg e feltételekkel nem folytathatom).

Kárbejelentéssel a szerződőn keresztül vagy közvetlenül a Biztosítónál lehet élni – K&H Biztosító Zrt. 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9. Tel: 06-1/20/30/70-335-3355 Fax: 06-1-267-6666.

A biztosítási szerződés részletes szabályait a termékre vonatkozó szerződési feltételek tartalmazzák, amelyek a szerződőnél megtekinthetők. Jelen nyilatkozat aláírásával megerősítem, hogy a biztosító főbb adatairól szóló ismertetést, valamint a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó egység, továbbá a felügyeleti szerv megnevezését tartalmazó tájékoztatót átvettem. A tájékoztató alapján megismertem, hogy mely szervekkel szemben nem terheli titoktartási kötelezettség a biztosítót. A tájékoztató tartalmazza az adatkezelésre vonatkozó információkat is.

Kelt:.....

.....

**Biztosított aláírása**


---

### Nyilatkozat az egészségügyi adatok kezeléséről

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138.§ (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosult számára továbbítsa.

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 149. §-ában foglaltaknak megfelelően a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében, a Biztosító által vállalt kötelezettségének teljesítése, és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából más biztosítóhoz megkeresést intézzen és a törvényben meghatározott adataimat beszerezze.

Egyúttal felmentem az ezen adatokat nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól.

Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítóval jogviszonyban álló orvosok, valamint a viszontbiztosító (Swiss Re Life & Health, Zürich) kockázat-elbírálás és kárrendezés céljából megismerjék és kezeljék a biztosítási ajánlatot az egészségügyi adatokkal együtt.

Kelt:.....

.....

**Biztosított aláírása**

<sup>1</sup> Több kedvezményezett megjelölése esetén a jogosultak százalékos arányát meg kell jelölni. Ennek hiánya esetén a biztosító egyenlő arányban teljesít.