Groupama Biztosító

Az OTP Csoport partnere

ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEK ADATVÁLTOZÁSAINAK, ADATMÓDOSÍTÁSAINAK ÉS ÚJ BIZTOSÍTOTT BEVONÁSÁNAK BEJELENTŐJE

1. A módosítandó szerződés adatai

a. Szerződésszám:

b. Szerződő neve (a régi kötvényen):

c. Születési hely, idő: , . . .

érkeztető bélyegző helye

d. Anyja neve:

e. Lakcím/Székhely: út, utca, tér szám emelet ajtó

f. Telefonszám: - ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

g. E-mail cím:

h. 1. Biztosított neve:

i. 2. Biztosított neve:

2. Adatváltozások

a. **Név változása**

a/1. Névváltozás: ☐ a szerződőre ☐ az 1. biztosítottra ☐ a 2. biztosítottra ☐ a kedvezményezettre vonatkozik.

a/2. Régi név:

a/3. Új név:

b. **Cím változása**

b/1. A ☐ lakcím ☐ levelezési cím változása . . . kezdő dátummal,

☐ a szerződőre ☐ az 1. biztosítottra ☐ a 2. biztosítottra ☐ a kedvezményezettre vonatkozik.

b/2. Az új cím: út, utca, tér szám emelet ajtó

c. **Bankszámla változása**

c/1. Bank neve:

c/2. Számlaszám: - -

d. **Telefonszám változása**

d/1. Régi szám: - ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

d/2. Új szám: - ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

e. **E-mail cím változása**

e/1. Régi cím:

e/2. Új cím:

3. Adatmódosítások

a. **Szerződő módosítása**

a/1. Szerződő változtatása: . . . kezdő dátummal.

a/2. Új szerződő neve:

a/3. Születési hely, idő: , . . .

a/4. Anyja neve:

a/5. Adószám/adóazonosító jel:

a/6. Lakcím/Székhely: út, utca, tér szám emelet ajtó

a/7. Telefonszám: - ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

a/8. E-mail cím:

régi szerződő aláírása

új szerződő aláírása

Groupama Biztosító Zrt. – 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Nyomtatványszám: 12153/2

3. Adatmódosítások (folytatás)

b. **Biztosított módosítása (új biztosított bevonása és haláleseti biztosítotti arány módosítása)**

A meglévő biztosított adatai

b/1. Biztosított neve:

b/2. Születési név:

b/3. Anyja neve:

b/4. Születési hely, idő: , . . .

b/5. Adóazonosító jel: ☐ nem kívánom megadni

b/6. Eredeti haláleseti biztosítotti arány:

b/7. Új haláleseti biztosítotti arány:

Az új biztosított adatai

b/8. Név:

b/9. Születési név:

b/10. Nem: ☐ nő ☐ férfi

b/11. Anyja neve:

b/12. Állampolgárság:

b/13. Születési hely, idő: , . . .

b/14. Lakcím:

 út, utca, tér szám emelet ajtó

b/15. Levelezési cím:

 út, utca, tér szám emelet ajtó

b/16. Adóazonosító jel: ☐ nem kívánom megadni

b/17. Mobilszám: - ☐ nem kívánom megadni

b/18. Telefonszám: - ☐ nem kívánom megadni

b/19. E-mail cím: ☐ nem kívánom megadni

b/20. Kiemelt közszereplőnek minősül: ☐ igen ☐ nem

b/21. Jelenlegi foglalkozás:

b/22. Sportol? ☐ igen ☐ nem

b/23. Foglalkozáson kívül van balesetveszélyes tevékenysége? ☐ igen ☐ nem

b/24. Társaságunknál jelenleg van életbiztosítása, illetve életbiztosítási ajánlata? ☐ igen ☐ nem

b/25. Haláleseti biztosítotti arány:

b/26. A kockázatviselés kezdete az új biztosított vonatkozásában: . . .

A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a biztosítási szerződés következő díjfordulója.

c. **Fizetési mód módosítása**

c/1. Új fizetési mód: ☐ csekk* ☐ banki átutalás ☐ banki díjlehívás . . . kezdő dátummal.

c/2. Banki fizetés esetén a bank neve:

c/3. Számlaszám: - -

d. **Fizetési gyakoriság módosítása**

d/1. Fizetési gyakoriság változása: . . . kezdő dátummal.

d/2. Új fizetési gyakoriság: ☐ havi ☐ negyedéves* ☐ féléves* ☐ éves

d/3. Díjfizetés szüneteltetése (a szerződésre vonatkozó feltételeknek megfelelően) ☐ igen ☐ nem

e. **Kedvezményezett módosítása**

e/1. ☐ biztosított kedvezményezettje

e/2. Kedvezményezett változása: . . . kezdő dátummal.

e/3. A régi kedvezményezett neve:

e/4. Születési hely, idő: , . . .

e/5. Anyja neve:

e/6. Adószám/adóazonosító jel:

e/7. Melyik biztosításra vonatkozik? GB Mértéke % Melyik esetben?

e/8. Az új kedvezményezett neve:

e/9. Születési hely, idő: , . . .

e/10. Anyja neve:

e/11. Adószám/adóazonosító jel:

*Easy Megtakarítási Életbiztosítás és Easy Nyugdíjbiztosítás esetén nem választható

3. Adatmódosítások (folytatás)

e/12. Lakcím: ____ ____ ____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó

e/13. Telefonszám: ____ - ____ ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

e/14. E-mail cím: ____

e/15. Melyik biztosításra vonatkozik? GB ____ Mértéke ____ % Melyik esetben? ____

f. **Kedvezményezett módosítása**

f/1. ☐ biztosított kedvezményezettje

f/2. Kedvezményezett változása: ____ . ____ . ____ . kezdő dátummal.

f/3. A régi kedvezményezett neve: ____

f/4. Születési hely, idő: ____ , ____ . ____ . ____ .

f/5. Anyja neve: ____

f/6. Adószám/adóazonosító jel: ____

f/7. Melyik biztosításra vonatkozik? GB ____ Mértéke ____ % Melyik esetben? ____

f/8. Az új kedvezményezett neve: ____

f/9. Születési hely, idő: ____ , ____ . ____ . ____ .

f/10. Anyja neve: ____

f/11. Adószám/adóazonosító jel: ____

f/12. Lakcím: ____ ____ ____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó

f/13. Telefonszám: ____ - ____ ☐ mobil ☐ otthoni ☐ munkahelyi

f/14. E-mail cím: ____

f/15. Melyik biztosításra vonatkozik? GB ____ Mértéke ____ % Melyik esetben? ____

A szerződő személye megváltoztatásának (3. a.), a fizetési mód megváltoztatásának (3. c.), a fizetési gyakoriság megváltoztatásának (3. d.) érvényességéhez, a biztosított módosításának (3. b.), mint a szerződés közös megegyezéssel történő módosításához a biztosító elfogadása szükséges.

4. A biztosítottra vonatkozó nyilatkozatok (csak biztosított bevonása esetén, az új biztosított által töltendő)

a. **Általános nyilatkozat**

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a nyomtatvány kitöltésének időpontjában fennálló valós állapotnak felelnek meg.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése a közlési kötelezettség megsértésének minősülhet.

b. **Nyilatkozat adatkezeléssel és titoktartás alóli felmentéssel kapcsolatban**

b/1. Általános nyilatkozat és hozzájárulás közvetlen megkereséshez

b/1/1. **Alulírott kijelentem,** hogy „A személyes adatok, a biztosítási titoknak minősülő adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók”-at (a továbbiakban: Tudnivalók) megismertem. A Tudnivalók ismeretében **tudomásul veszem,** hogy a biztosító a részére önkéntesen megadott adataimat a Tudnivalókban, illetve a szerződésben meghatározottak szerint kezelje.

b/1/2. Alulírott a Tudnivalókban foglaltak ismeretében **kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy a biztosító vagy a biztosító nevében eljáró biztosítás értékesítő közvetlen megkereséssel tájékoztatást célzó és reklám küldeményt juttasson el részemre.

Biztosított: ☐ hozzájárulok ☐ nem járulok hozzá

b/1/3. Alulírott jelen nyilatkozat előző bekezdése szerinti közvetlen üzletszerzés céljából történő adatkezelés esetén a megkeresést az alábbi módon nem kívánom igénybe venni:

Biztosított: ☐ telefonon ☐ elektronikus levelezés útján ☐ közvetlen levélben ☐ SMS/MMS/egyéb ☐ elektronikus csatornán

b/2. Egészségi állapottal és munkanélküliséggel összefüggő adatokra vonatkozó nyilatkozat

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára, munkanélküliségére 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 Bit. 138-141.§-okban, valamint a 149.§-ban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, munkaügyi szervek) a titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított: ☐ hozzájárulok

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. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel 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. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

c. **Egyéb nyilatkozatok**

Alulírott biztosított hozzájárulok, hogy a biztosító szolgáltatását a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosítási szolgáltatásra jogosultként megjelölt személy részére teljesítse.

Tudomásul veszem, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a szolgáltatónak a fenti adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

4. A biztosítottra vonatkozó nyilatkozatok (csak biztosított bevonása esetén, az új biztosított által töltendő) (folytatás)

d. **Nyilatkozat adóilletőségről – természetes személy esetén**

Nem természetes személyek esetén a nyilatkozatot a 13357 számú nyomtatványon kötelező megtenni! A 2014. évi XIX. tv. (a továbbiakban: FATCA-törvény), illetve a 2013. évi XXXVII. törvényben (Aktv.) előírt egyéb, az adóhatóságok közötti automatikus információcserére vonatkozó rendelkezések alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről a biztosítási szerződési feltételek adatkezelésről szóló – Tudnivalók elnevezésű – része tartalmaz részletes rendelkezéseket. Ezen tájékoztató elérhető a www.groupama.hu honlapon is.

Alulírott a FATCA-törvény és az Aktv. alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában a következőképpen nyilatkozom:

d/1. Adózási jogszabályok szerint külföldi illetőségűnek minősülök: ☐ igen ☐ nem

Igen válasz esetén kitöltendő:

d/2. Külföldi adóügyi illetőség állama: _____

d/3. Ezen külföldi állam szerinti adószám: _____

A biztosító az adatváltozások elfogadásáról, amennyiben azok szerepelnek a kötvényen is – a régi kötvény bevonása mellett – új kötvényt állít ki. Az új kötvény az adatváltozás biztosító általi elfogadását igazolja.

Egyéb, a kötvényen nem szereplő adatváltozás esetén a módosítás a biztosító által elfogadottnak tekintendő, amennyiben arra a biztosító 30 napon belül írásban nem nyilatkozik. Ezekben az esetekben a szerződő kérésére az adatváltozás elfogadásáról a biztosító írásban értesítést küld.

Kelt: _____ , ____. ____. ____.

szerződő aláírása	1. biztosított aláírása	2. biztosított aláírása

Átvettem:

Kelt: _____ , ____. ____. ____.

ügyintéző/biztosításközvetítő aláírása