



Szerződő, biztosított, kedvezményezett adatváltozása

Szerződésszám:	
----------------	--

Név/Cégnév:		Születési hely, idő:	
Céggjegyzékszám:			

<input type="checkbox"/> Szerződő adatai*	<input type="checkbox"/> Biztosított adatai*	<input type="checkbox"/> Kedvezményezett adatai*
---	--	--

Alulírott nyilatkozom a fenti szerződésszámú szerződéssel kapcsolatban az alábbi adatokban bekövetkezett változás(ok)ról:		
<input type="checkbox"/> név** (kérjük, nyilatkozzon a megváltozott okmányszámairól is)	<input type="checkbox"/> állandó lakcím** (kérjük, nyilatkozzon a megváltozott lakcímkártya számáról is)	<input type="checkbox"/> levelezési cím
<input type="checkbox"/> azonosító okmány***	<input type="checkbox"/> lakcímkártya száma	<input type="checkbox"/> telefonszám
<input type="checkbox"/> bankszámlaszám	<input type="checkbox"/> e-mail cím	<input type="checkbox"/> egyéb: <input type="text"/>

Olvasható, nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!
Új adat:
Új adat:
Új adat:
Új adat:

Alulírott a kötvényszámú biztosítás szerződője büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek, valamint nyilatkozom, hogy az életbiztosítási szerződésre vonatkozó Általános és Különös Feltételeket megismertem és elfogadtam.

Nyilatkozat a személyes adatok kezeléséről és a titoktartás alóli felmentésről

A biztosító és a viszontbiztosító a személyes adatokat a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, viszontbiztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény által meghatározott egyéb cél lehet. Ezen céltól eltérő adatkezelést a biztosító vagy viszontbiztosító csak az Ön előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt Önt nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny. A személyes adatok kezelésének részletes szabályait a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679/EU rendelete – a továbbiakban GDPR – és a hatályos magyar jogszabályok részletesen rendezik és a biztosító az adatvédelmi rendelkezéseit ezen keretek között alakította ki. A biztosító adatkezelésének jogalapja a biztosítási szerződés teljesítésének érdeke (GDPR 6. cikk b. pont), a biztosító jogszabályi kötelezettség teljesítése (GDPR 6. cikk c.) pontja), valamint a biztosító, vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése (GDPR 6. cikk f.) pontja). A személyes adatok különleges kategóriájába tartozó adatok (az egészségi állapotra vonatkozó adatok) kezelése és feldolgozása az Ön hozzájárulása alapján történik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal összefüggő adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozónak továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé. Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a Biztosító a szolgáltatását nem tudja teljesíteni. Kijelentem, hogy a biztosítással kapcsolatos jogaimat és kötelezettségeimet is tartalmazó biztosítási feltételeket és biztosítási termékismertetőt a Biztosító a rendelkezésemre bocsátotta.

* Kérjük, külön-külön nyomtatványon benyújtani a módosítási igényeket!

** Céges szerződő esetén, kérjük, ne felejtse el mellékelni a cég 30 napnál nem régebbi cégkivonatát, illetve a képviselőre jogosult személy változása esetén az új aláírási címpéldányt.

*** Kérjük az "Új adat" mezőben jelölje meg, mely okmány változását kívánja bejelenteni, valamint az okmány azonosítóját szíveskedjen megadni. Amennyiben Ön élet- vagy nyugdíjbiztosítással rendelkezik, kérjük mellékelje az okmány másolatát is.

Érvényes: 2022.08.08-tól

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.hu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021



Jelen nyilatkozattal felmentem az orvosi titoktartási kötelezettség alól azon személyeket, akik az egészségi adataimat jogszabályi, vagy szerződéses felhatalmazás alapján kezelik, így különösen a kezelőorvost (ideértve a háziorvost és szakorvost is), szakértőt, egészségügyi szolgáltatót, vagy intézményt, egészségügyi állami szerveket, mentőszolgálatot, valamint hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott személyes adataimat és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó egészségi adataimat a Biztosítónak és adatfeldolgozóinak további adatkezelés és feldolgozás céljából átadja. Kijelentem, hogy amennyiben a szerződést kiskorú biztosítottra, és/vagy kedvezményezettre kötöm, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem mint ezen személy/ek törvényes képviselője rájuk is kiterjed.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájáruló nyilatkozata bármikor visszavonható. A visszavonás következményeit és a biztosító adatkezelési rendelkezéseit a biztosítási feltételek tartalmazzák.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Az alábbi nyilatkozatokat a szerződőre vonatkozóan adhatja meg:

Nyilatkozat elektronikus kommunikációra

Szerződő **kérem**, hogy jelen nyilatkozatom megtételét követően a **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.** (továbbiakban: „**Biztosító**”) jelen biztosítási ajánlat alapján létrejött szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatot, dokumentumot, szolgáltatással összefüggő lényeges információt, így akár biztosítási titkokat is, elektronikus úton küldjön meg részemre az általam a szerződéshez megadott e-mail címre vagy telefonszámra. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a megadott telefonszámot és e-mail címet a fentiek teljesítéséhez felhasználja és ebből a célból kezelje. **Tudomásul veszem**, hogy kivételt képezhetnek az elektronikus kommunikáció alól a jogszabályban meghatározott esetek, vagy egyéb fontos, például technikai, biztonsági okok, üzemzavar esete.

Tudomásul veszem, hogy a megadott adatok valóságáért felelősséggel tartozok, azok megváltozását, megszűnését a Biztosítónak haladéktalanul köteles vagyok bejelenteni.

Tudomásul veszem, hogy ezen kötelezettség megszegéséből, késedelmes vagy hibás teljesítéséből, valamint a Biztosító ellenőrzési körén kívül felmerülő hibákból, üzemzavarokból eredő károkért, a Biztosító nem vállal felelősséget. Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájárulásomat a kötvényszám feltüntetésével a 1476 Budapest, Pf.: 325. címre a Biztosítónak címzett postai küldeményben, vagy a jelen nyilatkozathoz tartozó mindenkor e-mail címről az ugyfelszolgalat@cig.eu e-mail címre megküldött elektronikus levél formájában, vagy személyesen a 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B. ép.-ben írásban bármikor visszavonhatom, illetve az elektronikus kommunikáció céljából kezelt e-mail címem és telefonszámom törlését kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti. Abban az esetben, ha az elektronikus kommunikáció igénybevétele miatt a biztosítás díjából kedvezmény került jóváírásra, a visszavonással a kedvezmény megszűnik, és a biztosítási díj a szerződési feltételekben rögzítettek szerint módosul. A Biztosító **adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatását** a Biztosító honlapján és Ügyfélszolgálatán kihelyezett **Adatkezelési Tájékoztató** tartalmazza. Ezen Adatkezelési Tájékoztatóban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket és a jelen nyilatkozatot **elolvastam, megértettem és tudomásul vettem**. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt nyilatkozat megadása önkéntesen és annak megtétele megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kérem az elektronikus kommunikáció beállítását. Nem kérem az elektronikus kommunikáció beállítását.

Hozzájáruló nyilatkozat marketing megkereséshez

Jelen nyilatkozat megtételével adott kifejezett hozzájárulásommal **beleegyezek** abba, hogy a **CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.** és a **CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.**, mint közös adatkezelők (továbbiakban: „**Biztosító**”) marketing tevékenység, valamint közvetlen üzletszerzés céljából elektronikus levelezés vagy más egyéni kommunikációs eszköz útján, és postai úton megkeressen. Jelen közvetlen megkereséshez adott hozzájáruló **nyilatkozat** bármikor korlátozás és indokolás nélkül **visszavonható**, illetve a marketing célból kezelt adatok törlése bármikor indokolás nélkül kérhető névvel és kötvényszámmal ellátott és az ugyfelszolgalat@cig.eu e-mail címre, vagy postai úton a 1476 Budapest, Pf.: 325. címre a Biztosítónak megküldött nyilatkozattal vagy személyesen a 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B. ép. címen tett írásbeli nyilatkozattal.

Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

A Biztosító **adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatását** a Biztosító honlapján és Ügyfélszolgálatán kihelyezett **Adatkezelési Tájékoztató** tartalmazza. Ezen Adatkezelési Tájékoztatóban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket és a jelen nyilatkozatot **elolvastam, megértettem és tudomásul vettem**. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt hozzájárulás megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

A marketing megkereséshez hozzájárulok. A marketing megkereséshez nem járulok hozzá.

Kelt: _____ 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap _____ Szerződő aláírása _____ I. Biztosított aláírása _____ 2. Biztosított aláírása

Érvényes: 2022.08.08-tól