

SZERZŐDÉS ADATAI	Szerződésazonosító: 	Módozat neve: 	Call Center azonosító:
SZERZŐDŐ ADATAI	Neve: 		
	Születési helye: 		Születési ideje: év hó nap
	Lakás telefon: 	Mobil telefon: 	E-mail:

Kérjük, csak változás esetén és csak a megfelelő rovatot töltsé ki.

SEMÉLYI ADATOK VÁLTOZÁSA	Figyelem: A biztosítási szerződésben a biztosított személye nem, csak az adatai változtathatóak meg! Csatolandó irat: Név, lakcím, levelezési cím változását igazoló hatósági okirat másolata. Adószám esetén adóigazolvány másolata.		
	Szerződő 	Biztosított 	Adóazonosító jele
	Neve: 		Adószáma:
	Lakcím (Állandó) Irányítószám: Helység: Út/utca/tér: Házzám/em./ajtó:		
	Levelezési cím (Csak szerződő esetén töltendő ki.) Irányítószám: Helység: Út/utca/tér: Házzám/em./ajtó:		
GÉPJÁRMŰ BIZTOSÍTÁS	Gépjármű megváltozott rendszáma: Csatolandó irat: forgalmi engedély másolata		Régi rendszám:
			Új rendszám:
GÉPJÁRMŰ- ÉS LAKÁSBIZTOSÍTÁS	Szerződésemet meg kívánom szüntetni az alábbiak szerint: Megszüntetés oka: ☐ Eladás ☐ Egyéb:		
	Megszüntetés ideje: év hó nap		
	Csatolandó irat: <i>eladás esetén</i> az adásvételi szerződés másolata, <i>egyéb esetben</i> a megszüntetés okát alátámasztó okirat másolata Felhívjuk figyelmét, hogy gépjármű- és lakásbiztosítás esetén a felmondás csak abban az esetben érvényes, ha az 30 nappal az évforduló előtt a biztosító tudomására jutott. A gépjármű biztosítások évfordulója: január 1.		
DÍJFIZETÉSI MÓD	Folyószámlás díjfizetésre kívánok áttérni, új banki megbízási nyomtatványra van szükségem:		
DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG VÁLTOZÁSA	Kérem a díjfizetési gyakoriság megváltoztatását ☐ éves ☐ féléves ☐ negyedéves díjfizetési gyakoriságra. A gyakoriság váltás feltételei a különböző biztosítási módzatoknál eltérőek lehetnek. Kérjük változási igényének bejelentése előtt olvassa el az adott módozat szabályzatát.		

Amennyiben biztosításával kapcsolatban kérdése van, hívja fel helyi díjszabással hívható információs vonalunkat: **06/40-204-204** (hétköznapi 8-18 óráig, ettől eltérő időpontokban üzenetrögzítő áll rendelkezésére). További hírekért keresse fel honlapunkat az Interneten: **www.aegon.hu**

A jelen változás bejelentő nyomtatványhoz az általam csatolt mellékletek száma:

Kijelentem, hogy a jelen változás bejelentő nyomtatványon szereplő adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt.: , év hó nap

AEGON képviselő aláírása

AEGON képviselő törzsszáma

szerződő aláírása

biztosított aláírása

A változásbejelentő csak aláírt A-06-os nyilatkozattal együtt érvényes.

Kérjük, hogy a változás bejelentőt a következő címre küldje be: **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.**
9401 Sopron, Pf.: 22.

SZERZŐDÉS ADATAI	Szerződésazonosító: 	Módozat neve: 	Call Center azonosító:
SZERZŐDŐ ADATAI	Neve: 		
	Születési helye: 		Születési ideje: év hó nap
	Lakás telefon: 	Mobil telefon: 	E-mail:

Kérjük, csak változás esetén és csak a megfelelő rovatot töltsé ki.

SEMÉLYI ADATOK VÁLTOZÁSA	Figyelem: A biztosítási szerződésben a biztosított személye nem, csak az adatai változtathatóak meg! Csatolandó irat: Név, lakcím, levelezési cím változását igazoló hatósági okirat másolata. Adószám esetén adóigazolvány másolata.		
	Szerződő 	Biztosított 	Adóazonosító jele
	Adószáma: 		
	Neve: 		
	Lakcím (Állandó) Irányítószám: Helység: Út/utca/tér: Házzám/em./ajtó:		
	Levelezési cím (Csak szerződő esetén töltendő ki.) Irányítószám: Helység: Út/utca/tér: Házzám/em./ajtó:		
GÉPJÁRMŰ BIZTOSÍTÁS	Gépjármű megváltozott rendszáma: Csatolandó irat: forgalmi engedély másolata		
	Régi rendszám: 	Új rendszám: 	
GÉPJÁRMŰ- ÉS LAKÁSBIZTOSÍTÁS	Szerződésemet meg kívánom szüntetni az alábbiak szerint: Megszüntetés oka: ☐ Eladás ☐ Egyéb: Megszüntetés ideje: év hó nap		
	Csatolandó irat: <i>eladás esetén</i> az adásvételi szerződés másolata, <i>egyéb esetben</i> a megszüntetés okát alátámasztó okirat másolata Felhívjuk figyelmét, hogy gépjármű- és lakásbiztosítás esetén a felmondás csak abban az esetben érvényes, ha az 30 nappal az évforduló előtt a biztosító tudomására jutott. A gépjármű biztosítások évfordulója: január 1.		
DÍJFIZETÉSI MÓD	Folyószámlás díjfizetésre kívánok áttérni, új banki megbízási nyomtatványra van szükségem:		
DÍJFIZETÉSI GYAKORISÁG VÁLTOZÁSA	Kérem a díjfizetési gyakoriság megváltoztatását ☐ éves ☐ féléves ☐ negyedéves díjfizetési gyakoriságra. A gyakoriság váltás feltételei a különböző biztosítási módzatoknál eltérőek lehetnek. Kérjük változási igényének bejelentése előtt olvassa el az adott módozat szabályzatát.		

Amennyiben biztosításával kapcsolatban kérdése van, hívja fel helyi díjszabással hívható információs vonalunkat: **06/40-204-204** (hétköznapi 8-18 óráig, ettől eltérő időpontokban üzenetrögzítő áll rendelkezésére). További hírekért keresse fel honlapunkat az Interneten: **www.aegon.hu**

A jelen változás bejelentő nyomtatványhoz az általam csatolt mellékletek száma:

Kijelentem, hogy a jelen változás bejelentő nyomtatványon szereplő adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt.: , év hó nap

AEGON képviselő aláírása

AEGON képviselő törzsszáma

szerződő aláírása

biztosított aláírása

A változásbejelentő csak aláírt A-06-os nyilatkozattal együtt érvényes.

Kérjük, hogy a változás bejelentőt a következő címre küldje be: **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.**
9401 Sopron, Pf.: 22.

I. A TERMÉSZETES SZEMÉLY ADATAI (A megfelelő rubrikákba X-et kell tenni)	Családi és utónév: Születési hely: Édesanyja neve: Lakcíme: Azonosító okmány típusa, száma: ☐ Személyi igazolvány ☐ Útlevel ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Lakcím igazolvány ☐ Kártyás vezetői engedély ☐ Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány ☐ Egyéb ☐ Egyéb okmány megnevezése, száma ☐ Természetes személy adóazonosító jele
II. A JOGI SZEMÉLY, VAGY JOGI SZEMÉLYISÉGGEL NEM RENDELKEZŐ MÁS SZERV ADATAI (Egyéni vállalkozónál is ki kell tölteni!)	Név, rövidített név: Székhely, magyarországi fióktelep címe (külföldi székhelyű vállalkozás esetén magyarországi fióktelep címe): Irányítószám: Fő tevékenységi kör: Azonosító okirat száma: Képviselőre jogosult neve: Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező más szerv adószáma A kézbiztosítási megbízott azonosítására alkalmas adatairól külön azonosító lapot kell kitölteni!
III. KÜLFÖLDI LAKÓHELYEL RENDELKEZŐ ÜGYFÉL NYILATKOZATA	☐ Kijelentem, hogy nem vagyok politikai közszereplő (jelölje X-el) ☐ Kijelentem, hogy politikai közszereplő vagyok (Írja be a lenti kategória kódját) 2a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, 2b) az országgyűlési képviselő 2c) a legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság és olyan bírói testület tagja, melynek ítélete ellen fellebbezésnek helye nincs 2d) a számvéviszték elnöke, a számvéviszték testületének tagja, a központi bank igazgatóságának tagja 2e) a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres szervek hivatásos állományú, főtisztja vagy tábornoki rendfokozatú tagjai 2f) a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyviteli, igazgatási vagy felügyelő testületének tagja 3) Az 1) pontokban említett személy közeli hozzátartozója, azaz a Ptk. 685. §-ának b) pontjában meghatározott közeli hozzátartozó, továbbá az élettárs tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll 4a) bármely természetes személy, aki a 2) pontokban említett személlyel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll 4b) bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet a (2) bekezdésben említett személy javára hoztak létre
IV. ÁTVILÁGÍTÁS TÍPUSA	☐ Normál ügyfél – átvilágítás ☐ Egyszerűsített ügyfél – átvilágítás* ☐ Fokozott ügyfél – átvilágítás ☐ – ügyfél nem jelent meg személyesen ☐ – ügyfél politikai közszereplő (fenti nyilatkozata alapján) * Egyszerűsített ügyfél átvilágítást kell végezni, ha az ügyfél ebbe a körbe tartozik: 1) EU-ban, vagy pénzügyminiszter által meghatározott 3. országban levő pénzügyi, kiegészítő pénzügyi szolgáltatási; befektetési szolgáltatási vagy ezt kiegészítő szolgáltatási, kockázat tőkealap-kezelési; biztosítási, biztosításközvetítői, foglalkoztatási nyugdíjkezelési; árutársadalmi szolgáltatási; postai; önkéntes kölcsönös biztosítópénztári tevékenységet folytató, 2) Szabályozott piacra (tőzsdére) bevezetett cég 3) Felügyeletet ellátó szerv (PSZAF, MNB, MKVK, APEH, Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal, Vám-és Pénzügyőrség Központi Bűnüldözési Parancsnoksága, ügyvéd és közjegyző esetében az a kamara, amelynek tagja) 4) Központi államigazgatási szerv, helyi önkormányzat 5) Európai Közös intézménye, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság, a Régiók Bizottsága, az Európai Központi Bank vagy az Európai Beruházási Bank

Az azonosítás személyesen, okiratok alapján végeztem el.

Az adatokat rögzítő személy (pl. biztosításközvetítő) aláírása:

V. ÜGYFÉL, TÉNYLEGES TULAJDONOS NYILATKOZATA (6.§(1)–(2)) – ÜGYFÉL TÖLTI KI!

Alulírott _____ (mint a _____

képviselője)* büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

- ☐ természetes személyként saját magam nevében járok el.*
- ☐ természetes személyként az alábbi személy(ek) nevében járok el:*
- ☐ a jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet saját nevében jár el.**
- ☐ a jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet az alábbi személy(ek) nevében jár el:**

1. Családi és utónév/jogi személy neve:		Születés kori név/rövid név (előző név, vagy rövidített név, ha különbözik):	
Lakcím/telephely:	Helység:		
Út/utca/tér:		Házzsám/emelet/ajtó:	
Állampolgársága: Magyar (jelölje X-el és az egyéb mezőt ne töltsse ki)		Egyéb (nem magyar állampolgárságú ügyfél esetén, írja be az állampolgárságot)	
☐			

2. Családi és utónév/jogi személy neve:		Születés kori név/rövid név (előző név, vagy rövidített név, ha különbözik):	
Lakcím/telephely:	Helység:		
Út/utca/tér:		Házzsám/emelet/ajtó:	
Állampolgársága: Magyar (jelölje X-el és az egyéb mezőt ne töltsse ki)		Egyéb (nem magyar állampolgárságú ügyfél esetén, írja be az állampolgárságot)	
☐			

3. Családi és utónév/jogi személy neve:		Születés kori név/rövid név (előző név, vagy rövidített név, ha különbözik):	
Lakcím/telephely:	Helység:		
Út/utca/tér:		Házzsám/emelet/ajtó:	
Állampolgársága: Magyar (jelölje X-el és az egyéb mezőt ne töltsse ki)		Egyéb (nem magyar állampolgárságú ügyfél esetén, írja be az állampolgárságot)	
☐			

4. Családi és utónév/jogi személy neve:		Születés kori név/rövid név (előző név, vagy rövidített név, ha különbözik):	
Lakcím/telephely:	Helység:		
Út/utca/tér:		Házzsám/emelet/ajtó:	
Állampolgársága: Magyar (jelölje X-el és az egyéb mezőt ne töltsse ki)		Egyéb (nem magyar állampolgárságú ügyfél esetén, írja be az állampolgárságot)	
☐			

* A megfelelő rész aláhúzendó vagy kihúzendó.

** Jogi személy esetén a nyilatkozatot cégszerűen kell aláírni, a nyilatkozó a jogi személy

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

Kelt: , év hó nap Ügyfél aláírása:

TÁJÉKOZTATÁS

1. Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 2003. évi XLVIII. törvénnyel módosított, 1992. évi LXIII. (továbbiakban Atv) és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit) felhatalmazása alapján, a Bit 3.§. 61 pontjában megjelölt ügyfelei személyes és különleges adatait a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással kapcsolatosan a szerződés érvényességének, illetve az érvényesség lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig tartja nyilván és kezeli.
2. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító harmadik fél részére csak akkor adhatja ki, ha az érintett fél, vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve arra írásbeli felmentést ad. A biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvényben, illetve az ezt felváltó 2003. évi LX. törvényben felsorolt szervezeteknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltat ki.
- 2.1. Az ügyfél nyilatkozataiban foglalt hozzájárulás feltétele, hogy az ügyfél az álláspontját kifejttesse és kérelmére az alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjon.
3. **Az érintettek jogai és érvényesítésük**
Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését. Az adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatairól és az adatkezelés törvényben meghatározott körében annak körülményeiről.
4. **Tiltakozási jog és jogorvoslati lehetőség**
A személyes adatok védelméről szóló törvény 16/A. §-a szerint az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, többek között, ha a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az érintett tiltakozhat abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. Az adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni, és a kérelmezőt írásban tájékoztatni.
Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. Az adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.
5. **Az adatkezelés célja, tartama**
Az adatkezelés célja lehet a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése, vagy a törvény által meghatározott egyéb cél, a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok pedig addig kezelhetők, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

NYILATKOZAT

Amennyiben az adatkezeléshez hozzájárul, kérjük a négyzeteket üresen hagyni.

Nem járulok hozzá
(Csak akkor töltsd ki, ha az adott ponthoz nem járul hozzá.)

6. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok, hogy a Biztosító a holland anyavállalat, az AEGON N.V. hazai és külföldi leányvállalataiból álló vállalatcsoport tagjai részére adataimat átadja, kockázatelemzési, marketing, valamint ügyfél-kiszolgálás színvonalának emelése és a közös ügyfélszolgálat céljából. ☐ Szerződő
7. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy telefonszámomra, e-mail címemre a Biztosító reklámcélú rövid üzeneteket (sms), elektronikus hirdetéseket, elektronikus leveleket küldjön, hívásokat indítson. ☐ Szerződő
8. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy telefonszámomra, e-mail címemre a Biztosító a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, a Biztosító által nyújtandó szolgáltatásokkal kapcsolatban rövid üzeneteket (sms), elektronikus leveleket küldjön, hívásokat indítson. ☐ Szerződő
9. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy – a TÁJÉKOZTATÁS 5. pontjában megjelölt célból – kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen. ☐ Szerződő
10. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosított egészségi állapotára 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 biztosítóról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157.§ (1) és (6)–(7) bekezdésében, valamint a 159.§ (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól.

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, 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 szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni. A meghatalmazott útján tett nyilatkozat érvénytelen!
Érvényes: 2008. május 1-jétől

Szerződő aláírása

Kelt.:

X