

AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
1091 Budapest, Üllői út 1.

Szerződésazonosító:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Szerződő neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Szerződő címe:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>

A Családi Biztosítás kiegészítő Családi élet-, baleset- és műtéti biztosításának különös feltételeiben foglaltak alapján ezennel a biztosított körre vonatkozó változást jelentek be.

Tudomásom van arról, hogy

- a) amennyiben a jelen változás-bejelentő lap ajánlott levélben a biztosítási évfordulót **90 nappal megelőzően** a biztosítóhoz beérkezik, akkor a kiegészítő Családi Személybiztosítás biztosított köré az adott biztosítási évfordulóra vonatkozó hatállyal módosul,
- b) ha a változás-bejelentésre az évfordulót megelőző **90 napon belül** kerül sor, akkor a bejelentett változások csak a következő biztosítási évfordulóval válnak hatályossá,
- c) újszülöttek tekintetében a biztosítás a születés időpontjától kezdődően csak abban az esetben hatályos, **ha bejelentésük a születést követő 30 napon belül** megtörténik.

A változás-bejelentő lapon megjelölt új biztosított biztosítottá válásának további feltétele, hogy a kockázatelbírálás során az újonnan megjelölt biztosított ne kerüljön elutasításra.

A) Kérem, hogy az alábbi személyek a biztosítási évforduló napjával kerüljenek ki az eddigiekben biztosítottak köréből.

A biztosított körből kikerülő biztosítottak száma:  fő

	Biztosított(ak) neve	Neme F-férfi N-nő	Születési ideje (év, hó, nap)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

B) ÚJ BIZTOSÍTOTTKÉNT megjelölöm a következő személyeket:

Új biztosítottak száma:  fő

	Biztosított(ak) neve	Neme F-férfi N-nő	Születési ideje (év, hó, nap)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Dátum: \_\_\_\_\_ Szerződő aláírása \_\_\_\_\_

AEGON képviselő aláírása \_\_\_\_\_

AEGON képviselő törzsszáma   
AEGON tölti ki.

A kitöltött és aláírt változás-bejelentő lapot a következő címre szíveskedjék visszaküldeni: **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.**  
**Ajánlat Feldolgozó Centrum**  
**9401 Sopron, Pf.: 116.**

## EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT A KIEGÉSZÍTŐ CSALÁDI SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSHOZ

(Csak akkor kérjük kitölteni, ha Ön a B) táblázatban új Biztosítottat jelölt meg!)

Az új biztosítottként megjelölt személyek bármelyike:

1. Az elmúlt 5 évben fordult-e orvoshoz, vizsgálták-e, kezelték-e, műtötték-e kórházban, klinikán? Igen  Nem   
(A kérdés megválaszolása szempontjából nem kell figyelembe venni, ha a biztosított megfázás, szokványos influenza, normál terhesség, fogamzásgátló tabletták felírása, illetve jogosítvány megszerzése vagy meghosszabbítása miatt fordult orvoshoz.)
2. Szendvedett-e valaha vagy szenved-e jelenleg valamilyen betegségben? Igen  Nem   
(pl. légzőszervi, emésztőrendszeri, szív- és érrendszeri, idegrendszeri, vizelet-kiválasztási és nemi szervekkel, vérképző szervekkel, látó- és hallószervekkel, csontokkal, ízületekkel és izmokkal, anyagcserével kapcsolatos, illetve egyéb betegségek, valamint bármely daganatos betegség)
3. Számára javasolt-e orvos valamilyen műtétet, amely műtétre még nem került sor? Igen  Nem
4. Dohányzik-e rendszeresen? Igen  Nem
5. Fogyaszt-e nagyobb mennyiségben szeszesítalt? Igen  Nem

Ha bármelyik kérdésre „Igen”-nel válaszolt, kérjük az alábbiakban adja meg az érintett biztosítottra vonatkozó bővebb választát. A „Sorszám” oszlopban a fenti B) táblázatban a biztosítotthoz tartozó sorszámot szíveskedjék feltüntetni!

Sor- szám	1. kérdés		2. kérdés	3. kérdés		4. kérdés		5. kérdés	
	Mikor?	Mi okból?	Betegség pontos megnevezése	Javaslat időpontja (év)	Műtét neve	Igen	Nem	Igen	Nem

Tudomásom van arról, hogy a jelen változás-bejelentő lapnak a biztosító részére való megküldése nem jelenti automatikusan a biztosítási szerződés módosulását. Kijelentem, hogy a fentiekben új biztosítottként megjelölt személyek közeli hozzátartozóim, illetve közös háztartásban együtt élő hozzátartozóim.

Kelt.:   év  hó  nap

\_\_\_\_\_  
AEGON képviselő aláírása

\_\_\_\_\_  
szerződő aláírása

AEGON képviselő törzsszáma   
AEGON tölti ki.

AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
1091 Budapest, Üllői út 1.

Szerződésazonosító:	<input type="text"/>
Szerződő neve:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Szerződő címe:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<input style="width: 95%;" type="text"/>

A Családi Biztosítás kiegészítő Családi élet-, baleset- és műtéti biztosításának különös feltételeiben foglaltak alapján ezennel a biztosított körre vonatkozó változást jelentek be.

Tudomásom van arról, hogy

- a) amennyiben a jelen változás-bejelentő lap ajánlott levélben a biztosítási évfordulót **90 nappal megelőzően** a biztosítóhoz beérkezik, akkor a kiegészítő Családi Személybiztosítás biztosított köré az adott biztosítási évfordulóra vonatkozó hatállyal módosul,
- b) ha a változás-bejelentésre az évfordulót megelőző **90 napon belül** kerül sor, akkor a bejelentett változások csak a következő biztosítási évfordulóval válnak hatályossá,
- c) újszülöttek tekintetében a biztosítás a születés időpontjától kezdődően csak abban az esetben hatályos, **ha bejelentésük a születést követő 30 napon belül** megtörténik.

A változás-bejelentő lapon megjelölt új biztosított biztosítottá válásának további feltétele, hogy a kockázatelbírálás során az újonnan megjelölt biztosított ne kerüljön elutasításra.

A) Kérem, hogy az alábbi személyek a biztosítási évforduló napjával kerüljenek ki az eddigiekben biztosítottak köréből.

A biztosított körből kikerülő biztosítottak száma:  fő

	Biztosított(ak) neve	Neme F-férfi N-nő	Születési ideje (év, hó, nap)
1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
5.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>

B) ÚJ BIZTOSÍTOTTKÉNT megjelölöm a következő személyeket:

Új biztosítottak száma:  fő

	Biztosított(ak) neve	Neme F-férfi N-nő	Születési ideje (év, hó, nap)
1.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
2.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
3.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
4.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>
5.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>   <input style="width: 15px;" type="text"/>

Dátum: \_\_\_\_\_ Szerződő aláírása \_\_\_\_\_

AEGON képviselő aláírása \_\_\_\_\_

AEGON képviselő törzsszáma   
AEGON tölti ki.

A kitöltött és aláírt változás-bejelentő lapot a következő címre szíveskedjék visszaküldeni: **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.**  
**Ajánlat Feldolgozó Centrum**  
**9401 Sopron, Pf.: 116.**

## EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT A KIEGÉSZÍTŐ CSALÁDI SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSHOZ

(Csak akkor kérjük kitölteni, ha Ön a B) táblázatban új Biztosítottat jelölt meg!)

Az új biztosítottként megjelölt személyek bármelyike:

1. Az elmúlt 5 évben fordult-e orvoshoz, vizsgálták-e, kezelték-e, műtötték-e kórházban, klinikán? Igen  Nem   
(A kérdés megválaszolása szempontjából nem kell figyelembe venni, ha a biztosított megfázás, szokványos influenza, normál terhesség, fogamzásgátló tabletták felírása, illetve jogosítvány megszerzése vagy meghosszabbítása miatt fordult orvoshoz.)
2. Szendett-e valaha vagy szenved-e jelenleg valamilyen betegségben? Igen  Nem   
(pl. légzőszervi, emésztőrendszeri, szív- és érrendszeri, idegrendszeri, vizelet-kiválasztási és nemi szervekkel, vérképző szervekkel, látó- és hallószervekkel, csontokkal, ízületekkel és izmokkal, anyagcserével kapcsolatos, illetve egyéb betegségek, valamint bármely daganatos betegség)
3. Számára javasolt-e orvos valamilyen műtétet, amely műtétre még nem került sor? Igen  Nem
4. Dohányzik-e rendszeresen? Igen  Nem
5. Fogyaszt-e nagyobb mennyiségben szeszesítalt? Igen  Nem

Ha bármelyik kérdésre „Igen”-nel válaszolt, kérjük az alábbiakban adja meg az érintett biztosítottra vonatkozó bővebb választát. A „Sorszám” oszlopban a fenti B) táblázatban a biztosítotthoz tartozó sorszámot szíveskedjék feltüntetni!

Sor- szám	1. kérdés		2. kérdés	3. kérdés		4. kérdés		5. kérdés	
	Mikor?	Mi okból?	Betegség pontos megnevezése	Javaslat időpontja (év)	Műtét neve	Igen	Nem	Igen	Nem

Tudomásom van arról, hogy a jelen változás-bejelentő lapnak a biztosító részére való megküldése nem jelenti automatikusan a biztosítási szerződés módosulását. Kijelentem, hogy a fentiekben új biztosítottként megjelölt személyek közeli hozzátartozóim, illetve közös háztartásban együtt élő hozzátartozóim.

Kelt.:   év  hó  nap

\_\_\_\_\_  
AEGON képviselő aláírása

\_\_\_\_\_  
szerződő aláírása

AEGON képviselő törzsszáma

AEGON tölti ki.