

Szerződésazonosító:	<input type="text"/>
Szerződő neve:	<input type="text"/>
Szerződő címe:	<input type="text"/>
	<input 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

- amennyiben a jelen változás-bejelentő lap ajánlott levélben a biztosítási évfordulót **90 nappal megelőzően** a biztosítóhoz beérkezik, akkor a kiegészítő Családi Személybiztosítás biztosított köre az adott biztosítási évfordulóra vonatkozó hatállyal módosul,
- ha a változás-bejelentésre az évfordulót megelőző **90 napon belül** kerül sor, akkor a bejelentett változások csak a következő biztosítási évfordulóval válnak hatályossá,
- 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 feliratása, illetve jogosítvány megszerzése vagy meghosszabbítása miatt fordult orvoshoz.)
- 2. Szenvedett-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.

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 köre 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 feliratása, illetve jogosítvány megszerzése vagy meghosszabbítása miatt fordult orvoshoz.)
- 2. Szenvedett-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.