AEGON
Ma tegyünk a holnapért!

AEGON Lakás és Szabadidő Biztosítás Szerződésmódosító nyilatkozat a kiegészítő Személy-, Kockázati élet-, Utas- és Kisállat-biztosításhoz

Szerződésazonosító:

Szerződő neve:

Kockázatviselési cím: (helységnév) (út/utca/tér) (házsz., lépcsőház, em., ajtó)

SZEMÉLY-, KOCKÁZATI ÉLET-, UTASBIZTOSÍTÁS

Sor-szám	Biztosított neve	Neme F–Férfi, N–Nő	Születési idő (év/hó/nap)	Személybiztosítás			Kockázati életbiztosítás				Utasbiztosítás	
				Kérem	Egység-szám*	Nem kérem	Kérem	Biztosítási összeg (Ft)	Futamidő	Nem kérem	Kérem	Nem kérem
1.				☐		☐	☐			☐	☐	☐
2.				☐		☐	☐			☐	☐	☐
3.				☐		☐	☐			☐	☐	☐
4.				☐		☐	☐			☐	☐	☐
5.				☐		☐	☐			☐	☐	☐

* Az 1 egységhez tartozó szolgáltatási összegeket a Függelék tartalmazza.

EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

A biztosítottként fent 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, vizeletkiválasztási- és nemiszervekkel, 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 rendszeresen nagyobb mennyiségben szeszesitalt?** ☐ Igen ☐ Nem

Ha bármely kérdésre „Igen"-nel válaszolt, kérjük az alábbiakban adja meg bővebb válaszát!

Sor-szám	1. kérdés		2. kérdés	3. kérdés		4. kérdés		5. kérdés	
	Mikor	Mi okból	Betegség pontos megnevezése	Javaslat időpontja (év)	Műtét neve	Mit	Napi mennyiség	Mit	Napi mennyiség

KISÁLLATBIZTOSÍTÁS

Sorszám	1. ☐ Kérem ☐ Nem kérem	2. ☐ Kérem ☐ Nem kérem	3. ☐ Kérem ☐ Nem kérem
Állat neve			
Születési dátum			
Neme			
Faj			
Fajta név			
Különös ismertető jel			
Utolsó oltás dátuma			
Utolsó oltás száma			
Chip azonosító			
Állattulajdonos neve			

A módosítással járó, szolgáltatásarányos díjmódosítást elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy

- a biztosító igényemet ajánlatként kezeli és élhet a biztosítási szabályzat, illetve a Ptk. adta elutasítási jogával.
- amennyiben a biztosító elfogadja módosítási igényemet, a változtatások szerződésmódosítási nyilatkozatomnak a biztosító részére történt átadását követő díjfizetési fordulótól lépnek hatályba és a feltételekben meghatározott várakozási idő is attól a naptól indul.

Kelt: ☐☐☐☐ év ☐☐ hó ☐☐ nap

Szerződő aláírása: X

NAIH adatkezelési azonosítók 55534/2012–55547/2012; 55837/2012–55847/2012. Részletes információ: www.aegon.hu
1. példány: Biztosító, 2. példány: Ügyfél