

CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT

Ezúton nyilatkozom, hogy az NKM Földgázszolgáltató Zrt., mint Szerződő (a továbbiakban: Szerződő) által kötött csoportos biztosítási szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) csatlakozni kívánok az alábbi feltételek szerint.

Biztosító adatai:

Biztosító cégneve: EUROP ASSISTANCE S.A. (société anonyme, részvénytársaság)
Biztosító székhelye: 1 promenade de la Bonnette 92230 Gennevilliers, Franciaország
Nyilvántartási száma: Párizsi Kereskedelmi Kamara, Cg. 451366405
Web: <http://www.europ-assistance.com>

A Biztosító a biztosítási tevékenységet a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény szerint tagállami biztosítóként határon átnyúló szolgáltatásként végzi az ír fióktelepén keresztül, mely adatai az alábbiak:

cégnév: Europ Assistance S.A. Irish Branch
székhely: Írország, 4 – 8 Eden Quay, Dublin 1
Nyilvántartási szám: 907089

Biztosító közreműködője: Europ Assistance Magyarország Befektetési és Tanácsadó Kft.
1134 Budapest, Dévai u. 26-28
Cg. 01-09-565790

Szerződő: NKM Földgázszolgáltató Zrt.
Székhely: 1081 Budapest, II. János Pál pápa tér 20.
Cg.: 01-10-042416

Biztosított adatai	
Név:	
Anyja neve:	
Telefonszám:	
E-mail cím:	
Felhasználó azonosító száma:	
Biztosításba bevont hely címe:	

Igényelt csomag:	
Csomagnév:	

Biztosítási fedezet adatai (a Szerződő tölti ki):	
Kockázatviselés kezdő időpontja:	
Fizetendő biztosítási díj összege:	

Kijelentem, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződésről nyilatkozattétel előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam, valamint a biztosítás jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól szóló tájékoztatást megkaptam, megértettem és azokat tudomásul veszem, és azok ismeretében teszem a jelen nyilatkozatot. Egyúttal kijelentem, hogy megismertem, áttekintettem és kézhez vettem a Biztosító Ügyféltájékoztatóját és az Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, valamint a Biztosítási Terméktájékoztató dokumentumot.

Kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződés által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok, a Biztosító által nyújtott, jelen nyilatkozaton megjelölt biztosításban megnevezett biztosítási szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, és ezúttal kérem a Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.

Tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselésének kezdete jelen csatlakozási nyilatkozat megtételét követő hónap első napja 0.00 órája, és egyben a jelen nyilatkozat a biztosítási szerződéshez tartozó csatlakozásom visszaigazolása is.

Tudomásul veszem, hogy a belépést követően a rám vonatkozó biztosítás díjának megfizetésére én vagyok köteles.

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a Biztosító kockázatviselése megszűnik, amennyiben az esedékes biztosítási díjat 60 (hatvan) napon belül nem fizetem ki. Tudomásul veszem, hogy ebben az esetben az én vonatkozásomban az utoljára megfizetett biztosítási díj által fedezett időszak utolsó napján 24 órára visszamenő hatállyal szűnik meg a Biztosító kockázatviselése.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási díj összegét a Szerződő a földgázszolgáltatási díjról kiállított számláján írja elő, amelyet a földgázszolgáltatási díjról kiállított számla megfizetési módjával azonos módon fizethetek meg.

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy az Europ Assistance Magyarország Befektetési és Tanácsadó Kft., mint a Biztosító Közreműködője a Biztosítóval kötött kiszervezési szerződés alapján, a Biztosító megbízása alapján és képviselőjében eljárva végzi a Biztosító által biztosítási esemény bekövetkezése esetére vállalt szolgáltatások nyújtását.

A fentiekre tekintettel felhatalmazom a Szerződőt arra, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatályának kiterjesztéséhez szükséges, alábbiakban meghatározott személyes és egyéb adataimat a Biztosítónak, és a Biztosító közreműködőjének, az Europ Assistance Magyarország Befektetési és Tanácsadó Kft-nek átadja abból a célból, hogy a biztosított jogviszony a Biztosító és közöttem létrejőjön, és a Biztosító a biztosítási szolgáltatást részemre biztosítsa.

A fentiekben hivatkozott adataim: név, felhasználó azonosító, biztosítási szolgáltatásra vonatkozó szerződésszám, biztosítási szerződés létrejöttének vagy megszűnésnek ténye, a biztosítási fedezetbe vont hely címe.

Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a személyes adataim kezeléséről a Biztosítótól tájékoztatást kérni, kérhetem a személyes adataim helyesbítését, törlését vagy zárolását, illetve jogellenesnek vélt adatkezelés esetén tiltakozhatok azok kezelése ellen, továbbá a Biztosító belső adatvédelmi felelőséhez, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhatok. Kijelentem, hogy az adatvédelmi tájékoztatást tudomásul vettem és jelen hozzájárulás megadása részemről önkéntesen történt.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozattal visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, és tudomásul veszem, hogy a csoportos biztosítási szerződés vagy a Szerződővel kötött szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosultságom is megszűnik, melyről a Szerződő tájékoztat.

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy a biztosítási ügyekben a Szerződő a nekem szóló értesítéseit, üzeneteit, nyilatkozatait elsődlegesen az általam megadott e-mail címemre történő elektronikus levél elküldésével juttatja el hozzám, ideértve a jelen csatlakozási nyilatkozat aláírását megelőzően megismert ügyféltájékoztatót és biztosítási feltételeket valamint a Biztosítási Terméktájékoztató dokumentumot. Tudomásul veszem azt is, hogy az e-mailen megküldött üzenet a megküldés napján tekintendő kézbesítettnek, és a határidők, amennyiben az adott üzenet tartalmaz azt, a kézbesítés napját követő naptól számítandók. Tudomásul veszem, hogy a Szerződő dönthet úgy, hogy a nekem szóló értesítéseit, üzeneteit, nyilatkozatait az általam megadott postai címre történő elküldésével juttatja el hozzám.

Keltezés:, 201.....

.....
Biztosított aláírása