

E.ON Otthonangyal csatlakozási nyilatkozat

Felhasználó azonosító: _____

Mérési Pont Azonosító(k) : _____

Alulírott _____ a jelen Csatlakozási Nyilatkozat aláírásával/megtételével:

- Kijelentem**, hogy egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam az **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító), valamint az **E.ON Energiamegoldások Kft.** mint a Biztosító megbízásából eljáró függő biztosításközvetítő, és mint szerződő fél a (továbbiakban: Szerződő) főbb adatairól és a Szerződő és a Biztosító egymással kötött E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Balesetbiztosítási Szerződésének (a továbbiakban: **Csoportos Biztosítási Szerződés**) főbb jellemzőiről.
- Kijelentem**, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződéshez biztosítottként csatlakozni kívánok, és kérem a Csoportos Biztosítási Szerződés hatályának a kiterjesztését magamra és Családi Csomag választása esetén a velem azonos állandó lakcímre bejelentett Közeli Hozzártozóimra is. Személyes adataim a következők:

Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap telefonszám: _____

e-mail cím: _____

- Kijelentem**, hogy a(z)
 - a) **EGYÉNI*** csomagot választom, melynek díja: 5 988 Ft/év*
 - b) **CSALÁDI*** csomagot választom, melynek díja: 10 788 Ft /év*

- Tudomásul veszem**, hogy a Biztosító szolgáltatása az alábbiakra terjed ki, az alábbi összegek erejéig:

SZOLGÁLTATÁSOK

Baleseti halál	1 000 000 Ft
Baleseti rokkantság 1-100% (a rokkantság mértékének arányában a biztosítási összeg arányos része)	max. 1 000 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés 1-50 nap	5 000 Ft / nap
Baleseti csonttörés	25 000 Ft
Baleseti műtét	
kiemelt műtét	500 000 Ft
nagy műtét	100 000 Ft
közepes műtét	50 000 Ft
kis műtét	25 000 Ft
Baleseti költségtérítés	25 000 Ft
24 órás telefonos orvosi asszisztencia	<input checked="" type="checkbox"/>

- Elismerem**, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződésre vonatkozó és a www.aegon.hu/eon valamint a www.eon.hu weboldalon is folyamatosan elérhető és lementhető, Ügyfél-tájékoztatónak is minősülő **AEGON Csoportos Biztosítások Általános és Különös Feltételeit és annak Kiegészítő Záradékát** előzetesen megismertem és elfogadom.

E.ON Otthonangyal csatlakozási nyilatkozat

6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy:

- (i) a Biztosító kockázatviselésének kezdete az általam megkötött földgáz kereskedelmi szerződés hatályba lépését követő nap 0 órája.
- (ii) az általam választott balesetbiztosítási csomag első 3 havi biztosítási díjának megfizetését a Szerződő magára vállalta. Amennyiben a biztosítási fedezetre továbbra is igényt tartok, annak díját havi egyenlő részletekben (499 Ft/hó, vagy 899 Ft/hó) fizetem meg.
- (iii) a jelen Csatlakozási Nyilatkozat a biztosítási időszak végével, a Szerződő fentiek szerinti postacímére küldött írásbeli nyilatkozattal visszavonható legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30. napig.

7. Kifejezetten felhatalmazom a Szerződőt és az E.ON Energiamegoldások Kft.-t, hogy a földgáz-kereskedelmi szerződése(i)mmel (a továbbiakban: Szolgáltatási Szerződés) kapcsolatos

- (i) túlfizetés esetén (a továbbiakban: Túlfizetés), az engem, mint Biztosítottat terhelő biztosítási díjfi zetési kötelezettséget mindaddig a Túlfizetés terhére teljesítsék, amíg arra a Túlfizetés fedezetet nyújt és biztosítási jogviszonyom valamilyen okból meg nem szűnik, és
- (ii) tőke-, kamat- és egyéb tartozás esetén (a továbbiakban: Tartozás) bármilyen jogcímen teljesített befizetéseimet (ide értve a biztosítás díját is) mindaddig a Tartozásra számolják el, amíg a Szolgáltatási Szerződés egyenlege Tartozást mutat.

Tudomásul veszem, hogy a fenti 7.(i) szerinti felhatalmazást bármikor visszavonhatom és a Túlfizetés visszatérítését kérhetem.

8. A jelen Csatlakozási Nyilatkozat aláírásával önkéntesen hozzájárulok, hogy a Szerződő és az **E.ON Energiamegoldások Kft.** a jelen Csatlakozási Nyilatkozatot, és az abban foglalt személyes adataimat kezelje az **E.ON Otthonangyal Partner Csoportos Biztosítási Szerződéshez** való csatlakozásom, a Csoportos Biztosítási Szerződés hatályának kiterjesztése és teljesítése céljából, és mindaddig, amíg a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján, vagy azzal összefüggésben igény érvényesíthető, vagy igényt érvényesítenek. Továbbá hozzájárulok, hogy a jelen Csatlakozási Nyilatkozatot, az abban foglalt személyes adataimat és az általuk nyilvántartott fogyasztói azonosítót továbbítsa az **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.** (1091 Budapest, Üllői út 1.,

Cg. 01-10-041365), **mint** Biztosító részére, a fent megjelölt célból.

kelt

év

hó

nap

Biztosított