AEGON Biztosító

Ajánlat vonalkódja: Meglévő élő szerződés szerződésazonosítója:

GYK-01 KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
Ajánlati pótlap

BIZTOSÍTÁS ADATAI

Alapbiztosítás neve (Marketing név): Alapbiztosítás betűjele:

SZERZŐDŐ #1 ☐ Férfi ☐ Nő Ügyfélazonosító

Név: Adóazonosító jel:

Születéskori név: Állampolgárság:

Anyja születéskori neve: Foglalkozás:

Születési dátum: év hó nap Születési hely:

Állandó lakcím:

GYERMEK KIEGÉSZÍTŐ – BIZTOSÍTOTTAK

Sorszám	Biztosított(ak) neve	Neme F–férfi, N–nő	Születési ideje (év/hó/nap)	Egységszorzó (biztosítás szolgáltatás)	Kiegészítő biztosítás havi díja (Ft)*
1.				☐1 ☐2 ☐3	
2.				☐1 ☐2 ☐3	
3.				☐1 ☐2 ☐3	
4.				☐1 ☐2 ☐3	
5.				☐1 ☐2 ☐3	
6.				☐1 ☐2 ☐3	
				Összesen	

* Az egységszorzó szerint választott biztosítási szolgáltatás havi díja.

Gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási csomag (GYK–01)**, melynek díja 350 Ft/hó biztosítottanként	
Haláleseti biztosítási összeg	150 000 Ft
Baleseti halál esetére szóló biztosítási összeg	300 000 Ft
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (rokkantság) esetére szóló a rokkantság fokával arányos biztosítási összeg (egységenként maximum)	600 000 Ft
Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítási összeg	5 000 Ft
Műtéti biztosítás minimális biztosítási összege (a jelen szabályzat 4.5.1. pontja szerinti műtéti kategóriától és az ajánlaton választott szorzószámtól függően többszöröződhet)	5 000 Ft

** Az ajánlat aláírásakor az alapbiztosítás ajánlatán több gyermek is felvehető biztosítottként – az alapbiztosítás biztosítottjaitól függetlenül. A Gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási csomag biztosítottjai biztosítottanként külön biztosítási kötvényt kapnak.

Gyermekekre szóló kiegészítő biztosítási csomag : Havi díja: Ft

AEGON Biztosító

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

Információs Vonal: 06 /40-204-204
Honlap: www.aegon.hu

GYERMEKEKRE SZÓLÓ KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS
Egészségi nyilatkozata

Biztosítandó gyermekek száma: fő

A következő táblázatban adja meg a biztosítandó gyermekek nevét, és születésének dátumát. Ha a táblázatban szereplő kérdések bármelyikére **„Igen"** lenne a válasz, akkor a táblázatban adja meg a részleteket, illetve **kérjük, csatolja az esetleges műtétek zárójelentéseit, ambuláns lapokat, röntgen-leleteket stb., tartós betegség, illetve fogyatékosság esetén a gondozást, kezelést végző gyógyintézet szakorvosának igazolását**.

1. kérdés	**Történt-e a gyermeknél orvosi vizsgálat/kezelés, baleset, műtötték–e vagy javasoltak-e műtétet?** (A kérdés megválaszolása szempontjából nem kell figyelembe venni, ha megfázás vagy szokványos influenza, kötelező szűrések és védőoltások miatt volt szükség orvosi kezelésre.)
2. kérdés	**Szenvedett-e vagy szenved-e jelenleg a gyermek valamilyen betegségben?**
3. kérdés	**Fennáll-e valamilyen veleszületett rendellenesség vagy egyéb tartós betegség, fogyatékosság?**
4. kérdés	**Szükséges-e rendszeres gyógyszerszedés?**
5. kérdés	**Folytat-e valamilyen egyesületi vagy szabadidős sportot a biztosított?**

	Gyermek #1	Gyermek #2	Gyermek #3	Gyermek #4
Név				
Születési idő				
1. kérdés:	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem
Előzmény megnevezése				
Időpontja				
2. kérdés:	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem
Megnevezés				
Időpontja				
3. kérdés:	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem
Megnevezés				
Mióta				
4. kérdés:	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem
Gyógyszer neve				
Adagolás				
5. kérdés:	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem	☐ Igen ☐ Nem
Tevékenység megnevezése				
Gyakoriság				

Dátum: , év hó nap

A biztosítás közvetítőjének aláírása

X

Szerződő – törvényes képviseletet gyakorló szülő
(más aláíró esetén gyámhatósági hozzájárulás kell)