

## NYILATKOZAT

Kötvényszám: .....

Biztosított neve: .....

Születési ideje: .....

Címe: .....

A Tájékoztató füzetben megjelölt biztosítási esemény vonatkozásában kedvezményezett(ek)ként az alábbi személy(eke)t jelölöm meg.

**1. Kedvezményezett** neve: .....

Címe: .....

Születési ideje: .....

Kedvezményezettségi aránya: ..... %

**2. Kedvezményezett** neve: .....

Címe: .....

Születési ideje: .....

Kedvezményezettségi aránya: ..... %

**3. Kedvezményezett** neve: .....

Címe: .....

Születési ideje: .....

Kedvezményezettségi aránya: ..... %

Amennyiben a biztosított nem jelöl kedvezményezettet, úgy a baleseti halál esetére járó szolgáltatás a biztosított törvényes örökösét (örököseit) illeti meg.

Hozzájárulok, hogy a Biztosító a szerződés körében adataimat kezelje. Kijelentem, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során a jelenleg, vagy a jövőben engem kezel egészségügyi intézményeket, orvosokat, valamint a társadalombiztosítás kifizet helyét, közigazgatási szerveket, hatóságokat és más biztosító társaságokat felmentem a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepével szembeni titoktartási kötelezettségük alól.

Dátum: .....

Biztosított aláírása: .....