

CSATLAKOZÁSI ÉS SZEMÜVEG FEDEZETBE VONÁSI NYILATKOZAT

Az **Optrisk Korlátolt Felelősségű Társaság**, székhelye: 2724 Újlengyel, Nyári Pál utca 15., cégjegyzékszám: 13-09-216354, adószám: 27487024-2-13 (a továbbiakban: „**Optrisk**”) mint szerződő és a **CHUBB European Group SE** (székhelye: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Franciaország) nyilvántartó cégbíróság neve: Kereskedelmi Bíróság, Nanterre, cégjegyzékszám: 450327374), amely Magyarország területén biztosítási tevékenységét a **Chubb European Group SE Magyarországi Fióktelepén** (1054 Budapest, Szabadság tér 7., cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága Cg. 01-17-000467; telefonszám: (06 -1) 487-4087, levelezési címe: 1054 Budapest, Szabadság tér 7., Bank Center) keresztül fejtí ki (a továbbiakban: „**Biztosító**”) mint biztosító szemüvegbiztosításra vonatkozó csoportos biztosítási szerződést (a továbbiakban: a „**Csoportos Biztosítási Szerződés**”) kötött egymással, amelynek alapján a Biztosító a Szemüvegek véletlenszerű sérülése, rongálása, ellopása vagy elvesztése esetén biztosítási védelmet nyújt a Biztosított részére. A Csoportos Biztosítási Szerződés szerinti biztosítási fedezet önmagukra, mint Biztosítottakra, illetve a biztosítási fedezetbe vont Szemüvegekre, mint biztosított vagyontárgyakra való kiterjesztését az Optika Szemüveget vásárló ügyfelei a jelen csatlakozási és szemüveg fedezetbe vonási nyilatkozat (a továbbiakban: a „**Nyilatkozat**”) aláírásával kezdeményezhetik. Az alábbiakban egyes számban tett nyilatkozatok többes számban is értendők, amennyiben több nyilatkozattevő által együttesen megtett nyilatkozatról van szó.

A fentiek alapján alulírott a jelen Nyilatkozat aláírásával:

1. Kijelentem, hogy csatlakozni kívánok a Csoportos Biztosítási Szerződéshez. Adataim az alábbiak:

- a. Biztosított neve* / Biztosított cég neve**
- b. Biztosított címe* / Biztosított székhelye**
- c. Biztosított telefonszáma
- d. Biztosított e-mail címe
- e. Biztosított adószáma**
- f. Biztosított Cégjegyzékszám**
- g. Biztosított születési dátuma*

2. Kezdeményezem a Csoportos Biztosítási Szerződés szerinti biztosítási fedezet kiterjesztését az alábbi Szemüvegre, mint biztosított vagyontárgyra:

- a. Szemüveg márkája
- b. Szemüveg típusa
- c. Lencse márkája
- d. Lencse típusa, jellege
- e. Fedezetazonosító
- f. A biztosítási időszak kezdete
- g. A biztosítási időszak vége

3. A biztosítási csomag adatai:

- h. A biztosítás szolgáltatás tartalma: a Chubb a Szemüveg véletlenszerű károsodása vagy rongálása, lopása vagy elvesztése esetén nyújt szolgáltatást

* Magánszemély biztosítottaknak kell kitölteni

** Cégeknek (jogi személy vagy jogi személyiség nélküli egyéb szervezet) kell kitölteni

i. A Szemüveg kedvezményekkel nem csökkentett vételára:

j. Önrész Lopás / Elvesztés esetén:

k. Önrész Véletlenszerű Károsodás, Rongálás esetén:

l. A választott biztosítási díjra vonatkozó díj:

Kármentességi nyilatkozat: Kijelentem, hogy a biztosítás megkötése időpontjában a jelen Nyilatkozat alapján fedezetbe vonandó Szemüveg új és sértetlen állapotú.

Kötelezettséget vállalok arra, hogy a fentiekben megnevezett szemüvegbiztosítási csomag díját (a továbbiakban: Biztosítási Fedezetbe Kerülés Díja) az Optika részére megtérítem, és egyúttal felhatalmazom az Optikát, hogy a Biztosítási Fedezetbe Kerülés Díját tőlem a jelen Csatlakozási Nyilatkozat aláírásakor beszedje.

4. Kijelentem, hogy - magánszemély biztosított esetén – 18. életévemet betöltöttem, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet esetén a csatlakozó szervezet nevében eljárhatok. Tudomásul veszem, hogy ellenkező esetben a biztosítási jogviszony érvényesen nem jön létre és a Biztosító szolgáltatást nem nyújt, a Biztosítási Fedezetbe Kerülés díját az Optika visszatéríti.
5. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés keretében benyújtott kárigények feldolgozásával, adminisztrációjával és rendezésével elsősorban a Szemüveget értékesítő Optika (cím, elérhetőség.....) bízta meg. Ennek megfelelően tudomásul veszem és elfogadom, hogy a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetből eredő kárigényeket és az azokhoz tartozó szükséges dokumentumokat a fent nevezett Optikában kell bejelenteni és benyújtani. **Tudomásul veszem és elfogadom, hogy kárigényem érvényesítésekor a Nyilatkozaton rögzített mértékű önrész összegét a Szemüvegbiztosítás Általános Szerződési Feltételeinek 2.3 pontja alapján kizárólag a kár bejelentésével és az Új Szemüveg megrendelésével egyidejűleg, a helyszínen lehet kiegyenlíteni.** Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a Biztosító az igénybejelentésem során közölt személyes, valamint egyéb adatokat a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges mértékben kezelje, a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételek „adatvédelem” pontjában foglalt feltételek szerint.
6. **Önkéntesen és a megfelelő tájékoztatás ismeretében hozzájárulok, hogy a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételeiben meghatározott Korábbi Kártörténeti Adataimat az ott meghatározott, illetve hivatkozott feltételek szerint kezelje és hozzáférhetővé tegye az Optrisk részére.** Tudomásul veszem, hogy a Biztosító jogosult a Csoportos Szemüvegbiztosítási Szerződéshez történő csatlakozásomat a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételek szerinti Korábbi Kártörténeti Adataim alapján felülvizsgálni, és a csatlakozásomat 15 (tizenöt) napon belül megtagadni, amelyről az Optika vagy közvetlenül a Biztosító értesít. A csatlakozás megtagadása esetén a biztosítási jogviszony nem jön létre és a Biztosítási Fedezetbe Kerülés Díját az Optika visszatéríti.
7. Kifejezetten tudomásul veszem, hogy
 - (a) a Csoportos Szemüvegbiztosítási Szerződés alapján a Biztosító a sérült, ellopott vagy elvesztett szemüveg azonos vagy hasonló paraméterekkel rendelkező Új Szemüvegre történő cseréjének Önrésszel csökkentett költségét fizeti meg közvetlenül az Optikának, én biztosítási szolgáltatásként pénzfizetésre nem, csak a megjavított vagy kicserélt új szemüveg átvételére vagyok jogosult;
 - (b) a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételek rendelkezései szerint – az ellenkező bizonyításáig – kézbesítettnek kell tekinteni
 - (i) az általam utoljára megadott elektronikus levelezési címemre igazolhatóan elküldött elektronikus levelet a megérkezését igazoló elektronikus visszaigazolás (kézbesítési értesítés) szerinti időpontban, ha pedig ilyet az elektronikus levelezési címem nem küld vissza, akkor a küldemény elektronikus levelezési címemet

kezelő szerver részére való átadását igazoló elektronikus visszaigazolás szerinti időpontban;

- (c) a Csoportos Szemüvegbiztosítási Szerződésből eredő követelések az esedékességüktől számított 5 év alatt évülnek el;
- (d) nem szűnik meg a Biztosító kockázatviselése valamely korábban biztosítási fedezetbe vont Szemüvegre, ha a Biztosított bármilyen további szemüveget vásárol az Optikában és azt is biztosítási fedezetbe vonja;**
- (e) meglévő szemüvegbiztosítási fedezeteimről elsősorban abban az Optikában tájékozódhatok, ahol a fedezetbe vont Szemüveget vásároltam;**
- (f) az Új Szemüveg vonatkozásában a jótállási, szavatossági jogok kizárólag az Optikával szemben illetnek meg, az Optika mindenkor hatályos csereszolgálatási feltételei alapján.**
8. A személyes adataim kezelésére vonatkozó tájékoztatást – így különösen a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételek „adatvédelem” pontjában foglalt rendelkezéseket – megismertem, megértettem, és lehetőségem volt kérdéseimet feltenni.
9. A jelen Nyilatkozat aláírását megelőzően az Optika rendelkezésemre bocsátotta a **Biztosítási Termékkismertetőt**, és a szemüvegbiztosításra vonatkozó **Ügyfél-tájékoztatót és Általános Szerződési Feltételeket**. A kapott dokumentumokat áttanulmányoztam, az azokban foglaltakat megértettem és azokat elfogadom.
10. **Hozzájárulok, hogy az Optika megbízásából az Optrisk, a Szemüvegbiztosításra vonatkozó Ügyfél-tájékoztatót és Általános Szerződési Feltételeket elektronikus úton, az általam megadott e-mail címemre küldje meg. Egyúttal tudomásul veszem, hogy kifejezett kérésemre a Biztosító vagy az Optika a hivatkozott dokumentumokat díjmentesen és papíralapú adathordozón is rendelkezésemre bocsátja.**
11. **Tudomásul veszem továbbá, hogy az Ügyfél-tájékoztató és Általános Szerződési Feltételek szövegében a vastagon szedett szövegek a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 6:78. §-a szerinti, a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő, illetve a Biztosító mentesülését eredményező, a Biztosító teljesítését kizáró, vagy azt egyébként korlátozó rendelkezéseknek minősülnek, amelyeket jelen Nyilatkozat aláírásával kifejezetten is elfogadok.**
12. Alulírott a jelen Nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és felhatalmazom az Optikát és az Optrisk-et, hogy a fenti adatokban bekövetkező, részére bejelentett változásokat a Biztosító részére továbbítsa.
13. Alulírott Biztosított tudomásul veszem a Biztosító azzal kapcsolatos tájékoztatását, hogy a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adataimat a Biztosító a jelen szemüvegbiztosítási szerződés megkötése, adminisztrációja, és a biztosítási szerződés alapján érvényesített kárigények rendezése céljából kezeli. Ezek a személyes adatok lehetnek alapvető kapcsolattartási adatok, mint pl. az Ügyfél neve, címe, és biztosítási fedezetazonosítója, de tartalmazhatnak részletesebb információkat is az Ügyfélről (pl. a tulajdonában álló szemüvegről, korábbi kárigényeiről), amennyiben ez a biztosított kockázat, a nyújtott biztosítási szolgáltatások vagy a Biztosított kárigénye vonatkozásában szükséges. Tekintettel arra, hogy a Biztosító nemzetközi vállalatcsoport tagja, az Ügyfél személyes adatai továbbításra kerülhetnek a Biztosító nemzetközi vállalatcsoportjának más országokban lévő tagvállalatai részére, ha az az Ügyfél biztosítási szerződése alapján a fedezet nyújtásához vagy személyes adatai tárolásához szükséges. Biztosító kizárólag olyan megbízható szolgáltatókkal áll kapcsolatban, akik csak a Biztosító utasítása szerint és ellenőrzése mellett, a szükséges mértékben és ideig férhetnek hozzá az Ügyfél személyes adataihoz. Az Ügyfél kérelmezheti az adat kezelőjénél: (a) tájékoztatását személyes adatai kezeléséről, (b) személyes adatainak helyesbítését, valamint (c) személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását. A fentiek szerinti tájékoztató rövid összefoglaló arról, hogy a Biztosító hogyan kezeli az Ügyfél személyes adatait. További információkért olvassa el a Biztosító felhasználóbarát Általános Adatkezelési Szabályzatát, amely itt érhető el: [\[https://www.chubb.com/hu-hu/footer/privacy-policy.aspx\]](https://www.chubb.com/hu-hu/footer/privacy-policy.aspx). Az Adatkezelési Szabályzatból az Ügyfél bármikor igényelhet nyomtatott példányt is, a következő e-mail címen: [\[dataprotectionoffice.europe@chubb.com\]](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com).

Nyilatkozattétel helye és dátuma: _____

Biztosított***

*** Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező egyéb szervezet esetén szükséges a bélyegző is