

## CSATLAKOZÁSI ÉS KÉSZÜLÉKBELÉPÉSI NYILATKOZAT

A Magyar Telekom Nyrt. (1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 36.) (a továbbiakban: „**MT**”) mint szerződő és 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; telefonszáma: (06 - 1) 487-4087, levelezési címe: 1054 Budapest, Szabadság tér 7., Bank Center) keresztül fejt ki (a továbbiakban: „**Biztosító**”) mint biztosító készülékbiztosításra vonatkozó csoportos biztosítási szerződést (a továbbiakban: a „**Csoportos Biztosítási Szerződés**”) kötött egymással, amelynek alapján a Biztosító a telefonkészülék véletlenszerű sérülése, rongálása, ellopása, illetve belső meghibásodása és párásodása esetén biztosítási védelmet nyújt a Biztosított részére a választott csomagtól függően. A Csoportos Biztosítási Szerződés szerinti biztosítási fedezet önmagukra, mint Biztosítottakra, illetve a biztosítási fedezetbe vont Készülékekre, mint biztosított vagyontárgyakra való kiterjesztését a MT elektronikus hírközlési szolgáltatásra vonatkozó előfizetési-szerződéssel rendelkező ügyfelei a jelen csatlakozási, készülékbelépési 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 cégneve\*\*
  - b. Anyja neve\* / Cégjegyzékszám\*\*
  - c. Biztosított születési helye és ideje\*
2. Kezdeményezem a Csoportos Biztosítási Szerződés szerinti biztosítási fedezet kiterjesztését az alábbi előfizetéshez tartozó Mobil eszközre (továbbiakban: Készülék), mint biztosított vagyontárgyra:
  - d. Mobil eszköz márkája
  - e. Mobil eszköz típusa
  - f. MT ügyfélazonosító
  - g. IMEI száma
  - h. Fedezetazonosító
  - i. A biztosítási fedezet kezdete

Kijelentem, hogy a jelen Nyilatkozaton szereplő IMEI szám megegyezik a fedezetbe vont Készüléken szereplő IMEI számmal.

3. MT tájékoztatását követően kifejezetten tudomásul veszem, hogy a fentiek szerinti Készülék és az azt kiegészítő készülékbiztosítás nem csak együtt vásárolható meg, hanem lehetőség van arra is, hogy a készülékbiztosítást a készülék megvásárlását követő háromszázhatvanöt (365) napon belül kössék meg a Készülék megfelelő, sérülésmentes, működőképes állapotának Telekom üzletben való igazolása mellett.
4. Az általam választott biztosítási csomag típusa és adatai:
  - i. A választott biztosítási csomag: <csomag megnevezése>
  - j. A biztosítás szolgáltatás tartalma:

\* Magánszemély biztosítottaknak kell kitölteni

\*\* Cégeknek kell kitölteni

Bázis csomag - a Chubb a Készülék véletlenszerű károsodása  
vagy rongálás esetén nyújt szolgáltatást  
Prémium csomag - a Chubb a Készülék véletlenszerű  
károsodása, rongálása és lopása, valamint belső  
meghibásodása és párásodása esetén is szolgáltatást nyújt

k. Önrész:

I. Havidíj:

Kármentességi nyilatkozat: Kijelentem, hogy a biztosítás megkötése időpontjában a jelen Nyilatkozat alapján fedezetbe vonandó Készülék – annak használt jellegéből adódó esetleges, szükségszerű és csekély mértékű elhasználódástól eltekintve – sértetlen állapotú, valamint tudomásul veszem, hogy a készülék állapotát a biztosítás megkötését megelőzően a szolgáltató ellenőrzi.

**Kötelezettséget vállalok arra, hogy a fentiekben megnevezett készülékbiztosítási csomag havidíját (a továbbiakban: Biztosítás Díja) az MT részére megtérítem, és egyúttal felhatalmazom az MT-t, hogy a havidíjas előfizetői díjcsomagom díjával együtt a Biztosítás Díját tőlem beszedje.**

5. Az MT-vel érvényes, havidíjas előfizetői díjcsomaggal rendelkezem, és – magánszemély biztosított esetén – 18. életévemet betöltöttem.
6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés keretében benyújtott kárigények feldolgozásával, adminisztrációjával és rendezésével a **Marsh Kft-t** (1082 Budapest, Futó utca 47-53., telefon: 06 80 30 00 30, [keszulekbiztositas@marsh.com](mailto:keszulekbiztositas@marsh.com)) mint adminisztrátort 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 Marsh Kft-nek bejelenteni és benyújtani. **Tudomásul veszem és elfogadom, hogy kárigényem érvényesítésekor a Nyilatkozaton rögzített mértékű önrész összegét a biztosítási Általános Szerződési Feltételek rendelkezéseinek megfelelően kizárólag a megjavított vagy kicsomagolt készülék átvételekor, a helyszínen lehet készpénzben 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 biztosítási Általános Szerződési Feltételek „adatvédelem” pontjában foglalt feltételek szerint.
7. **Önkéntesen és a megfelelő tájékoztatás birtokában hozzájárulok, hogy a Biztosító a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó ügyfél-tájékoztató és biztosítási Általános Szerződési Feltételek „adatvédelem” pontjában meghatározott Korábbi Kártörténeti Adataimat az ott meghatározott, illetve hivatkozott feltételek szerint kezelje.**
8. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a kárrendezési szolgáltatásról a Biztosító Szervizpartnerre választása szerint elektronikus formában vagy papír alapon állítja ki a nevemre szóló számlát. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy elektronikus formában kiállított számla esetén a számla a Biztosító Szervizpartnerének választása szerint e-mailben kerül megküldésre a részemre az általam bejelentett e-mail-címre vagy azt az Adminisztrátor által működtetett internetes felületen érhetem el és tölthetem le.
9. A személyes adataim kezelésére vonatkozó tájékoztatást – így különösen a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján fennálló biztosítási fedezetre vonatkozó ügyfél-tájékoztató és biztosítási Általános Szerződési Feltételek „adatvédelem” pontjában foglalt rendelkezéseket – megismertem, megértettem, és lehetőségem volt kérdéseimet feltenni.
10. A jelen Nyilatkozat aláírását megelőzően az MT rendelkezésemre bocsátotta a **Biztosítási Termékismertetőt**, és a készülékbiztosításra vonatkozó **Ügyfél-tájékoztatót és Általános Szerződési Feltételeket**. A kapott dokumentumokat áttanulmányoztam, az azokban foglaltakat megértettem és azokat elfogadom.
11. **Hozzájárulok, hogy az MT a Biztosítási Termékismertetőt, a készülékbiztosításra vonatkozó Általános Szerződési Feltételeket és Ügyfél-tájékoztatót és a jelen Nyilatkozatot** elektronikus úton, a Magyar Telekom ([www.telekom.hu](http://www.telekom.hu)) honlapján rendelkezésére álló személyes Telekom-

fiókomba küldje meg. Egyúttal tudomásul veszem, hogy kérésemre a Biztosító vagy az MT a hivatkozott dokumentumokat díjmentesen és papíralapú adathordozón is rendelkezésemre bocsátja.

12. **Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosítási Általános Szerződési Feltételek szövegében a vastagon szedett szövegek a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 152. § (2) bekezdése szerint, a szokásos szerződési gyakorlattól, és a szerződésre vonatkozó rendelkezésektől lényegesen vagy valamely korábban a felek között alkalmazott kikötéstől eltérő feltételeknek, illetve a Biztosító mentesülését eredményező, a Biztosító teljesítését kizáró, vagy azt egyébként korlátozó rendelkezéseknek minősülnek, amelyeket jelen Nyilatkozat aláírásával kifejezetten is elfogadok.**
13. **FIGYELEM!** A jelen Csatlakozási Nyilatkozat aláírásával kifejezetten is elfogadom és magamra nézve külön is kötelező érvényűnek ismerem el a készülékbiztosítás Általános Szerződési Feltételeinek azokat a rendelkezéseit, amelyek a szokásos szerződési gyakorlattól és a jogszabályoktól lényegesen vagy valamely a Biztosító által korábban alkalmazott kikötéstől eltérnek, és amelyeket a Biztosító az Általános Szerződési Feltételek XVII. számú fejezetében „**Eltérés a jogszabályoktól, a szokásos szerződési gyakorlattól, és a Biztosító által korábban alkalmazott feltételektől**” cím alatt külön is összefoglalt.

\_\_\_\_\_  
Biztosított\*\*\*

14. Alulírott a jelen Nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és felhatalmazom az MT-t, hogy a fenti adatokban bekövetkező, részére bejelentett változásokat a Biztosító részére továbbítsa.
15. Alulírott Biztosított tudomásul veszem a Biztosító azzal kapcsolatos tájékoztatását, hogy a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adataimat a Biztosító a jelen készülékbiztosítási 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 kötvényszáma, de tartalmazhatnak részletesebb információkat is az Ügyfélről (pl. a koráról, a tulajdonában álló készülékről, 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 kérjük olvassa el az Általános Szerződési Feltételek XXII. fejezetét, valamint a Biztosító felhasználóbarát Általános Adatkezelési Szabályzatát, amely itt érhető el: <https://www.chubb.com/hu-hu/footer/privacy-policy.html> ]. Az Adatkezelési Szabályzatból az Ügyfél bármikor igényelhet nyomtatott példányt is, a következő e-mail címen: [mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com].

Nyilatkozattétel dátuma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Biztosított\*\*\*

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