

# CSATLAKOZÁSI NYILATKOZAT

## Otthon Digitális Védelem szolgáltatáshoz

Ezúton nyilatkozom, hogy az MVM Next Energiakereskedelmi Zrt. mint Szerződő (a továbbiakban: Szerződő) által kötött csoportos biztosítási szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) csatlakozni kívánok az alábbi feltételek szerint.

### Biztosító adatai

Biztosító cégneve: EUROPEAN ASSISTANCE S.A  
(société anonyme, részvénytársaság)  
Biztosító székhelye: 1, promenade de la Bonnette 92230 Gennevilliers, Franciaország  
Nyilvántartási száma: Párizsi Kereskedelmi Kamara, Cg. 451366405  
Web: <http://www.europ-assistance.com>

A Biztosító a biztosítási tevékenységet a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény szerint tagállami biztosítónak, határon átnyúló szolgáltatásként végzi az ír fióktelepén keresztül, melynek adatai az alábbiak:

Cégnév: Europ Assistance S.A. Irish Branch  
Székhely: Central Quay, Ground Floor, Block B, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, D02 RR77, Írország  
Nyilvántartási szám: 907089

**Biztosító közreműködője:** Europ Assistance Magyarország Befektetési és Tanácsadó Kft.  
1132 Budapest, Váci út 36-38  
Cg. 01-09-565790

Szerződő: MVM Next Energiakereskedelmi Zrt.  
Székhely: 1081 Budapest, II. János Pál pápa tér 20.  
Cg. 01-10-042416

Kijelentem, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződésről nyilatkozattétel előtt tájékozódtam az általános és különös biztosítási feltételek, a biztosítási termék-tájékoztató és a Biztosító ügyfél-tájékoztatója alapján; a biztosítás jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól szóló tájékoztatást megkaptam, megértettem és azokat tudomásul veszem, és azok ismeretében teszem a jelen nyilatkozatot.

Kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződés által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok, a Biztosító által nyújtott, jelen nyilatkozaton megjelölt biztosításban megnevezett biztosítási szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, és ezúttal kérem a Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozattal visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, és tudomásul veszem, hogy a csoportos biztosítási szerződés vagy a Szerződővel kötött szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosultságom is megszűnik, melyről a Szerződő tájékoztat.

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy a biztosítási ügyekben a Szerződő a nekem szóló értesítéseit, üzeneteit, nyilatkozatait elsődlegesen az általam megadott e-mail címemre történő elektronikus levél küldve juttatja el hozzám, ideértve a jelen Csatlakozási nyilatkozat megtételét megelőzően megismert ügyfél-tájékoztatót és biztosítási feltételeket valamint a Biztosítási Terméktájékoztató dokumentumot. Tudomásul veszem azt is, hogy az e-mailen megküldött üzenet a megküldés napján tekintendő kézbesítettnek, és a határidők, amennyiben az adott üzenet tartalmaz azt, a kézbesítés napját követő naptól számítandók. Tudomásul veszem, hogy a Szerződő dönthet úgy, hogy a nekem szóló értesítéseit, üzeneteit, nyilatkozatait az általam megadott postai címre történő elküldésével juttatja el hozzám.