

# Biztosítotti csatlakozási nyilatkozat

Csoportos Baleset-, Élet- és Egészségbiztosításhoz

SIGNAL IDUNA 

Hatályos: 2018.05.25.

SZERZŐDŐ ADATAI
Kötvényszám:
Szerződő neve:
Szerződő rövidített neve:
Szerződő címe:
Kapcsolattartó telefonszáma (a szerződő részéről, ha van beosztás megadása)
BIZTOSÍTOTT ADATAI
Biztosított neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)
Születési név
Anyja születési neve
Születési hely
Születési dátum
Állandó lakcím (irányítószám, ország, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)
Telefonszám*
E-mail cím*

\*Ezen adatok megadása nem kötelező.

**Alulírott, mint biztosított ezúton hozzájárulok a szerződő által kötött fenti kötvényszámú biztosítási szerződés létrejöttéhez.**

Alulírott – fent megjelölt – biztosított a fenti szerződő által, mint biztosítottra megkötött SIGNAL Csoportos Baleset-, Élet, és Egészségbiztosításra vonatkozó szerződés alapján a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) részére a következő nyilatkozatokat teszem:

NYILATKOZATOK
<b>Adatkezelési nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséről</b> Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához és a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezelje, és nyilvántartsa. Felhatalmazom továbbá a biztosítót, hogy a fenti célok elérése érdekében – még elhalálózásom esetén is –, az elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotomra vonatkozó és hozzákapcsolódó adataimat a háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. §-ában és a 147-151. §-ában meghatározott jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a háziorvosomat, kezelőorvosomat, valamint az egészségügyi ellátásomban részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott, a fenti célok eléréséhez az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálózásom esetén is kiadják. Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem.
<b>Adatkezelési nyilatkozat iratbetekintésről, felvilágosítás kéréséről</b> Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintszen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen. Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem.
<b>Kockázatviselési nyilatkozat</b> A biztosító a szerződés megkötése esetén előzetes kockázatelbírálást nem végez. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel, balesetekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, amennyiben arról a biztosított tudomással bírt, vagy azt ismernie kellett.
<b>Nyilatkozat az Egészségkárosodásról</b> Kijelentem, hogy nem vagyok rokkantnyugdíjas, nem állapítottak meg személyemnél maradandó egészségkárosodást nem részesülök rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban. Kijelentem, hogy saját jogon jogosult vagyok keresőképzetlenségi ellátásra.
<b>Nyilatkozat a biztosító tájékoztatási kötelezettségéről</b> Kijelentem, hogy a SIGNAL Csoportos Baleset-, Élet, és Egészségbiztosítás Általános és Különös Szerződési Feltételeit (SIG 3527), a szolgáltatását a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően a szerződő segítségével megismertem, az abban foglalt rendelkezéseket magamra nézve kötelezőnek fogadom el. Továbbá kijelentem, hogy jelen nyilatkozat aláírása előtt a szerződőtől megfelelő tájékoztatást kaptam a csoportos biztosítási szerződés jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól, a biztosításra vonatkozó biztosítási feltételeket megismertem, amely egyben ügyfélértékelésről is szolgál és mindezt aláírással igazolom. Tudomással bírok arról, ha a szerződést nem a biztosított köti, a biztosítási esemény bekövetkezéséig a szerződő fél a hozzá intézett nyilatkozatokról és a szerződésben bekövetkezett változásokról a biztosítottat köteles tájékoztatni. Tudomásul vettem, hogy jelen biztosítási terméket a biztosító kizárólag tanácsadás nélkül értékesíti.

Alulírott kijelentem, hogy a jelen „Biztosítotti csatlakozási nyilatkozatban” tett nyilatkozataim és kijelentéseim megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító megtagadhatja a szolgáltatást. Kötelezettséget vállalok, hogy fenti adataimban bekövetkező változást 5 napon belül bejelentem.

Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok.

**Fenti nyilatkozat 2 példányban készült, melyből egyet átvettem.**

<b>Kelt:</b>	<b>Biztosított aláírása:</b>
--------------	------------------------------

<b>TANÚK ÁLTALI HITELESÍTÉS</b>	
Név1:	Név2:
Aláírás:	Aláírás:
Érvényes azonosító okmány típusa, száma:	Érvényes azonosító okmány típusa, száma: