

Beküldendő postai úton: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Személykárrendezés, 1519 Budapest, Pf. 260, vagy elektronikusan: info@signal.hu címre vagy faxon, a 06 1 458 4260 számon. Kérjük, hogy a kitöltés során olvassa el az igénybejelentő utolsó oldalán található tájékoztatót!

Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

**Életbiztosítási szolgáltatás esetén kötelező kitölteni!**

<b>SZERZŐDŐ ADATAI</b>	
Szerződő neve <sup>1</sup> :	Születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útleve/vezetői engedély száma/ cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útleve/vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

<sup>1</sup> Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező, valamint amennyiben cég a szerződő, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

<b>BIZTOSÍTOTT ADATAI (Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)</b>	
Biztosított/együttbiztosított neve (amennyiben eltér a szerződő személyétől):	Biztosított születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útleve/vezetői engedély száma:
Személyazonosító igazolvány/útleve/vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe:
Értesítési címe (ha eltér a címtől):	

Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, kiskorú személy esetén (Gondnokságot igazoló határozat másolatát csatolni szükséges)

<input type="checkbox"/> Biztosított	<input type="checkbox"/> Együttbiztosított	<input type="checkbox"/> Kedvezményezett
Törvényes képviselő/szülő/gyám neve:		Tel.száma:
Lakcíme:		E-mail:

Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

Biztosított/együttbiztosított neve:
-------------------------------------

(Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)

Biztosított születési dátuma:
-------------------------------

**NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL**

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: [www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi\\_tajekoztato\\_szemelyes\\_adatok\\_kezelesevel\\_kapcsolatos\\_tajekoztato.pdf](http://www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf)) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Mint biztosított, a Biztosító részére hozzájárulok ahhoz, hogy 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. Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi adatokat a Biztosító kizárólag az Ön írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Felhatalmazom továbbá a Biztosítót, hogy a fenti cél elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat házi orvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészeketől, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszeresse, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. § és a 147-151. § meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a házi orvosomat, kezelő orvosomat 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 elhalálozásom esetén is kiadják.

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintszen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, vagy telefonon a 06 1 458 4200 számon, postai úton (postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Budapest Pf. 260.) vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában bármikor tájékoztatást kérhet a fenti személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja.

Szeretnénk felhívni figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás megtagadása vagy visszavonása a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy jelen nyilatkozatot önkéntesen tettem, azt követően, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes információkat a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: [www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi\\_tajekoztato\\_szemelyes\\_adatok\\_kezelesevel\\_kapcsolatos\\_tajekoztato.pdf](http://www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf)) elolvastam, megértettem és elfogadom.

<b>Kelt:</b>	<b>Biztosított/együttbiztosított sajátkezű aláírása<sup>2</sup>:</b>
--------------	--

Törvényes örökös vagy kedvezményezett neve nyomtatott betűvel:
--

Törvényes örökös/kedvezményezett sajátkezű aláírása:
--

<sup>2</sup>kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása



Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

<b>A MUNKAKEPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI</b>	
Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását az alábbi bankszámlaszámra: <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
Bankszámlaszám:	
Bank megnevezése:	
Kelt:	Szerződő aláírása:

Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

<b>A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA</b> (Több kedvezményezett esetén, minden kedvezményezettre vonatkozóan ki kell tölteni.)	
Kedvezményezett neve <sup>5</sup> :	Kedvezményezett születési neve:
Születési hely és idő (év, hó, nap):	Adóazonosító jele / adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma / útlevél / vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány /útlevél / vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől / székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök (Amennyiben a válasz igen, akkor kötelező kitölteni a “Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat” c. nyomtatványt.) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni:  □□□□□□□□ - □□□□□□□□□□ - □□□□□□□□	Bank megnevezése:
Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén a bankszámlaszám tulajdonos nevére kötelező kitölteni az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
<input type="checkbox"/> Állandó címre:	
<input type="checkbox"/> Levelezési címre:	
<input type="checkbox"/> Egyéb címre:	

<sup>5</sup>Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

<b>NYILATKOZAT</b>	
A többszörösen módosított 2003. évi XCII. az adózás rendjéről szóló törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy:	
<input type="checkbox"/> Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. <input type="checkbox"/> Harmadik országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.	
<input type="checkbox"/> Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök	
A magyarországi adóazonosító jelem: □□□□□□□□□□	
Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Unió állam <sup>6</sup> : _____	
A nyilatkozat a 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) valamint a 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) V/B fejezetének végrehajtásához szükséges. A FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló FATCA-tájékoztató, az Aktv. alapján fennálló intézkedésekről a CRS-tájékoztató tartalmaz részletes rendelkezéseket. Ezen tájékoztatók elérhetőek a <a href="http://www.signal.hu">www.signal.hu</a> honlapon.	
Alulírott kedvezményezett személy kijelentem, hogy egyesült államokbeli személynek minősülök: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy a 2015. CXC. törvényben meghatározott részes (lásd. CRS-FATCA nyilatkozat felsorolás) állambeli adóügyi illetőségű személynek minősülök: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Amennyiben bármelyik kérdésre a válasz igen, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt. Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt.	
Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a <a href="http://www.signal.hu">www.signal.hu</a> nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: <a href="http://www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf">www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf</a> ) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységéről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.	
Kelt:	Kedvezményezett aláírása:

Felhívjuk figyelmét, hogy az adóügyi illetőség tisztázása a szolgáltatás teljesítéséhez elengedhetetlen, ezért a szolgáltatás kifizetésére csak a nyilatkozat benyújtását követően kerülhet sor!

<sup>6</sup>Jelölt adóilletőség esetén a Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatáshoz szükséges nyilatkozat kitöltése is kötelező, melyet a [www.signal.hu](http://www.signal.hu) oldalról tud letölteni. Szolgáltatás kifizetésére csak a 2 dokumentum (Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő + Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatáshoz szükséges nyilatkozat) együttes benyújtását követően kerülhet sor.

További kedvezményezett(ek) esetén a csatolt pótlapok száma: □□

Kötvényszám: \_\_\_\_\_

A SIGNAL IDUNA BIZTOSÍTÓ ZRT-NÉL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE TÖRTÉNŐ ÁTKÖNYVELÉS <sup>7</sup> ESETÉN SZÜKSÉGES KITÖLTENI			
Új szerződés kötvényszáma:			
Átkönyvelendő összeg:	Rendszeres díjként:	Eseti díjként:	
		HUF	HUF
Kelt:		Kedvezményezett aláírása:	

<sup>7</sup>Kérjük, hogy a megfelelő nyomtatványt csatolja az átkönyvelés végrehajtásához.

IGAZOLÁS ELÉRÉS ESETÉN	
Igazolom, hogy a biztosított(ak), együttbiztosított(ak) és a kedvezményezett(ek) életben létét a rendelkezésemre bocsájtott okiratok alapján ellenőriztem.	
Képviselő:	Ügyfélszolgálati munkatárs:
Kelt:	Aláírás:

AZ IGÉNYBEJELENTŐT A BIZTOSÍTÓ RÉSZÉRŐL ÁTVETTE	
Szervezeti egység:	Név:
Kelt:	Aláírás:

SZAKSZERVEZETI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN	
Igazolom hogy a biztosított személy a _____ szakszervezet tagja: _____ -től _____ -ig / jelenleg is	
Tagkártya száma:	Bélyegző helye:
Aláírás:	
Kelt:	

TÁJÉKOZTATÓ A SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ KITÖLTÉSÉHEZ
A kárbejelentéshez szükséges minden dokumentum a <a href="http://www.signal.hu">www.signal.hu</a> honlapról letölthető.
Az elérési szolgáltatáshoz szükséges dokumentumokat az elérés időpontját követően kell a Biztosító rendelkezésére bocsájtani. Elérési szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés elérési kedvezményezettje.
Az életbenlét igazolása történhet: <ul style="list-style-type: none"> <li>a biztosított, az együttbiztosított és a kedvezményezett által aláírt, dátummal ellátott, a biztosító felé eljuttatott személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevel és lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolattal vagy</li> <li>személyesen. Az azonosítást személyes megjelenés esetén a biztosítási képviselő, vagy a SIGNAL IDUNA Biztosító ügyfélszolgálati munkatársa végzi.</li> </ul>
A haláleseti szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés haláleseti kedvezményezettje.
Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a haláleseti/elérési/lejárati szolgáltatás kifizetésének teljesítéséhez a kedvezményezett személyazonosító okmányának (személyazonosító igazolvány, útlevel vagy kártyaformátumú vezetői engedély) arcképes, valamint aláírását, az okmány érvényességi idejét tartalmazó oldalai és a lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolatának megküldése szükséges a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény által előírt ügyfél-átvilágítási kötelezettség teljesítése céljából. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a <a href="http://www.signal.hu/hu/penzmosas-es-terrorizmus_ellen">http://www.signal.hu/hu/penzmosas-es-terrorizmus_ellen</a> linken érhető el.
Életbiztosítási szolgáltatás esetén 3,6 millió forint felett, illetve, ha a kifizetésre jogosult közszereplő, akkor átvilágítás szükséges a 2017. évi LIII. törvény alapján. Kérjük, hogy szíveskedjen személyesen az ügyfélszolgálatunkon (1123 Budapest Alkotás u 50.) vagy tanácsadójánál megjelenni az átvilágítás érdekében.
Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (együtt: cég) a kedvezményezett képviselőjének aláírási címpéldányának másolatát és a képviselőt ellátó személy okmányának másolatát – a magánszemély szerződőhöz hasonló módon – szükséges megküldeni.
A Ptk. alapján azon szolgáltatások esetén, amely a szerződés megszűnésével jár, a szolgáltatás teljesítéséhez a kötvény visszaszolgáltatása szükséges, ezért kérjük, hogy szíveskedjen csatolni az eredeti kötvényt is jelen kérelméhez. Amennyiben az eredeti kötvény elveszett, úgy kérjük erre vonatkozó nyilatkozatát szíveskedjen a kérelmen megtenni.
Tájékoztatjuk, hogy amennyiben igényt e-mailen juttatja el részünkre, akkor a kérelem és mellékletei kizárólag abban az esetben kerülnek végrehajtásra, ha tisztán olvasható formátumban kerülnek megküldésre.