

Jelen dokumentum a _____ számú biztosítási ajánlat/kötvény elválaszthatatlan részét képezi.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZATOK ALÁÍRÁSA ELŐTT FIGYELMESEN TANULMÁNYOZZA ÁT!

Az ajánlat/kötvény es jelen nyilatkozat vonatkozó általános szerződési feltételek lezárásakor hatályos Bit.(2014. évi LXXXVIII. törvény) szövegének megfelelően készült.

1. Alulírott szerződő kijelentem, hogy az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű válaszokat adtam. Kizárólagos felelősséget vállalok minden általam közölt adat helyességéért. Az ajánlaton a biztosítással kapcsolatos igényeimet rögzítettem, az ajánlatban írásban rögzítettektől eltérő egyéb szóbeli megállapodások nem történtek. Aláírással kizárólagos felelősséget vállalok minden adat helyességéért, még azokért is, amelyeket nem saját kezűleg írtam. Tudomásul veszem, hogy az ajánlaton szereplő adatokban bekövetkező változást a biztosítónak 5 munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni. Az ajánlattevő ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, 60 napig van kötvé.

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

Alulírott szerződő elismerem, hogy az ajánlat aláírása előtt megismertem és áttanulmányozása után elfogadtam az alábbi dokumentumokat, valamint elismerem, hogy az ajánlat aláírását követően ezek egy-egy példányát

átvettem vagy

elektronikusan rögzített ajánlattétel esetén, elektronikusan úton átvesszem vagy letöltöm. Hozzájárulok egyúttal ahhoz, hogy a biztosító a Bit. által előírt írásbeli ügyfélértékelést elektronikusan úton (e-mailben) nyújtsa részemre.

Átvett dokumentumok/Elektronikusan megküldött/letölthető dokumentumok:

- SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítás ajánlat (mely egyben kötvény is) SIG 3537
- SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítás Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételek SIG 3534
- Biztosítási termékismertető SIG 3329
- Balesetbiztosítási igényfelmérő SIG 3344

Kijelentem továbbá, hogy a jelen SIG 3536 számú nyilatkozat egy példányát átvettem.

Tudomásul veszem és kifejezetten elfogadom, hogy a SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételekben a Ptk.rendelkezéseitől eltérő feltételek is rögzítésre kerültek, így különösen: • szokásjog alkalmazása (28.2. pont), • elévülés (29. pont), • reaktiválásra a feltétel szerint nincs lehetőség (7. pont), • a szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete (3. pont), • ajánlattól eltérő kötvény határidőn belül történő megkifogásolása (3.8. pont), • írásbeli nyilatkozatok formaiságára vonatkozó előírások (28.3.).

Kelt:	Szerződő aláírása:
-------	--------------------

2. Kijelentem, hogy az ajánlaton megnevezett biztosításközvetítő részletesen és mindenre kiterjedően tájékoztatott az általam megkötni kívánt biztosítással kapcsolatban.

A biztosításközvetítő által nyújtott tájékoztatást megértettem.

A tájékoztatás és az átvett dokumentumok hiánytalanul tartalmazzák az alábbi információkat:

- a biztosítási időszakot és tartamot; • a biztosító főbb adatait; • a hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóság megjelölését; • a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről szóló jelentés közzétételére vonatkozó információkat; • a kockázatviselés kezdetét, szüneteltetését és végét; • a biztosítási eseményeket, bejelentésük módját és határidejét; • a díjfizetés és díjmódosítás módját és lehetőségét az alapbiztosításra és a kiegészítő kockázatokra; • a biztosító szolgáltatásait, azok teljesítésének módját és idejét és a választható lehetőségeket; • a szerződés megszűnésének eseteit; • a szerződés felmondásának feltételeit; • a biztosító mentesülésének feltételeit, az alkalmazott kizárásokat; • az értékkövetés módját, mértékét; • a Bit. 159. § (1) bekezdésre vonatkozó tájékoztatást, azaz a biztosító fogyasztói panaszokkal foglalkozó szervezeti egységének megnevezését és székhelyét; továbbá a panasz – annak jellege szerint – a Felügyelethez vagy a békéltető testületekhez való előterjesztésének lehetőségét (a székhely, telefonos és internetes elérhetőség, valamint a levelezési cím feltüntetésével), illetve tájékoztatást a bírói út igénybevételeének lehetőségéről; • az egyes igények elévülésének idejét; • azon szervezetek felsorolását, amelyeknek a biztosító az ügyfelek adatait, a Bit. 135-142. § és a 147-151. § rendelkezései alapján továbbíthatja; • a szerződés jogának, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését, tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy a biztosításközvetítő jogosult-e és ha igen, akkor milyen korlátozásokkal az ügyfélől biztosítási díjat átvenni; • a biztosítási titok, a személyes és különleges személyes adatok kezelésével kapcsolatos legfontosabb információkat, így különösen az adatkezelés célját, jogalapját, a kezelt adatok körét, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségeit, az adatkezelés időtartamát, a személyes adatok címzettjeit, valamint a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogait és jogorvoslati lehetőségeit; • a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogairól szóló tájékoztatást; • jogosult-e a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni; • a Bit. 378.§-ban foglalt, a biztosításközvetítőről szóló tájékoztatást.

Kelt:	Szerződő aláírása:
-------	--------------------

Jelen dokumentum a **számú biztosítási ajánlat/kötvény elválaszthatatlan részét képezi.**

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZATOK ALÁÍRÁSA ELŐTT FIGYELMESEN TANULMÁNYOZZA ÁT!

Az ajánlat/kötvény es jelen nyilatkozat vonatkozó általános szerződési feltételek lezárásakor hatályos Bit.(2014. évi LXXXVIII. törvény) szövegének megfelelően készült.

3. ADATKEZELÉSI NYILATKOZATOK

Adatkezelési nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséről

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 egészségügyi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezelje, és nyilvántartsa.

Felhatalmazom továbbá a biztosítót, hogy a fenti célok elérése érdekében - még elhalálozásom esetén is - az elengedhetetlenül szükséges, az egészségügyi állapotomra vonatkozó és hozzákapcsolódó adataimról, valamint mindazokról 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 elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálozásom 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.

Adatkezelési nyilatkozat iratbetekintésről, felvilágosítás kéréséről

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.

Kelt:	Szerződő aláírása:
--------------	---------------------------

4. TERMÉKISMERTETŐ

Az igényfelmérés alapján a következő feltételeknek megfelelő szerződés összhangban van az Ön igényeivel: SIGNAL EXPRESSZ
Alulírott szerződő kijelentem, hogy az általam megkötni kívánt biztosítással kapcsolatosan az igényfelmérés és igénypontosítás megtörtént. Kijelentem továbbá, hogy a termékismertetőben foglaltak szerint megtejt biztosítási ajánlatban szereplő szolgáltatások, tartam és összeg(ek) akaratommal és igényeimnek megfelelően kerültek megjelölésre.

Kijelentem, hogy az ajánlaton megnevezett biztosításközvetítő részletesen és mindenre kiterjedően tájékoztatót az általam megkötni kívánt biztosítási szerződéssel kapcsolatban. A biztosításközvetítő által nyújtott tájékoztatót megértettem.

A biztosító, biztosításközvetítő főbb adatairól szóló tájékoztatót megkaptam.

Kijelentem, hogy jelen ajánlat megtétele során közreműködő biztosításközvetítő felhívta a figyelmemet arra, hogy igényeimnek és szükségleteimnek megfelelő döntést hozzak a szerződés megkötését és a termék kiválasztását illetően. Ennek érdekében az ajánlattételt (biztosítási szerződés megkötését) megelőzően a biztosításközvetítő velem együttműködve meghatározta az igényeimet és szükségleteimet, és az igényeimhez igazodó termékcsoportban az általa közvetített versengő termékek közül kielégítő mennyiségű termékről befolyásolástól mentes, részletes, a termékek összehasonlítására alkalmas tájékoztatót nyújtott, amely lehetővé tette számomra a legmegfelelőbb termék kiválasztását. Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőtől a termék kiválasztására irányuló tanácsot nem kaptam.

Tudomásul vettem, hogy jelen biztosítási terméket a biztosító kizárólag tanácsadás nélkül értékesíti.

Kelt:	Szerződő aláírása:
--------------	---------------------------

5. NYILATKOZAT

Mint Ügyfél, a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Bp., Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) részére, ezennel önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító saját termékeivel, szolgáltatásaival, különleges ajánlataival, hirdetési célból reklámküldeményeket, továbbá egyéb, a fogyasztók tájékozottságát segítő információkat közvetlenül, kiszervezett szolgáltató vagy függő biztosításközvetítő útján megküldjön részemre a szerződéskötés során megadott címre levélben vagy e-mail címre, vagy ismertessen telefonon, SMS-ben vagy MMS-ben, illetve egyéb elektronikus csatornán. Felhatalmazom a Biztosítót arra, hogy fenti adataimat a hozzájárulásommal elfogadott célból, az adatok biztonságáról gondoskodva, hozzájárulásom visszavonásáig, de legfeljebb a szerződés megszűnését követő 3 évig az Információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény 6. § szerint kezelje.

Vállalom, hogy az adataimban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem a lenti elérhetőségek valamelyikén.

Tudomásom van arról, hogy az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésemre, vagy telefonon a +36 1 458 4200 számon, postai úton (postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Bp. Pf. 260.) vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában, illetve az Ügyfélportálon a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt-től bármikor tájékoztatást kérhetek a személyes adataim kezeléséről, illetve hozzájárulásomat bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatom.

Kijelentem, hogy az adatkezelésre vonatkozó előzetes tájékoztatást a velem szerződésben álló SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. részéről teljes körűen megkaptam és tájékoztatást kaptam arról, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a signal.hu nyitó oldal alján az Adatkezelési irányelvek alatti Dokumentumtárban található (www.signal.hu/hu/adatkezelesi-iranyelveink), vagy a www.signal.hu/static/sw/file/dmta-jekoztato.pdf linken érhető el.

A Biztosító adatkezelési nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015.

Kelt:	Szerződő aláírása:
--------------	---------------------------

Jelen dokumentum a _____ számú biztosítási ajánlat/kötvény elválaszthatatlan részét képezi.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZATOK ALÁÍRÁSA ELŐTT FIGYELMESEN TANULMÁNYOZZA ÁT!

Az ajánlat/kötvény es jelen nyilatkozat vonatkozó általános szerződési feltételek lezárásakor hatályos Bit.(2014. évi LXXXVIII. törvény) szövegének megfelelően készült.

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 3. „Adatkezelési nyilatkozatok” pontjában foglaltakhoz, valamint az ajánlati lapon a rám vonatkozóan megjelölt kedvezményezett(ek) jelölés(é)hez saját aláírással kifejezett hozzájárulásomat adom.

A biztosított írásbeli hozzájárulásának /aláírásának hiányában, elhalálozás esetén a kedvezményezett(ek) kizárólag a biztosított örököse(i) lehet(nek).

Biztosított (1)* aláírása:
Biztosított (2)* aláírása:
Biztosított (3)* aláírása:
Biztosított (4)* aláírása:
Biztosított (5)* aláírása:

* vagy törvényes képviselője

Kelt:	Biztosításközvetítő aláírása:
--------------	--------------------------------------

Adószám: 10828704-2-44 Biztosítási szolgáltatás, SzJ szám: 66.03.11.0 A balesetbiztosítási szolgáltatás mentes az adó alól.
SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1123 Budapest, Alkotás u. 50. Telefon: 06-1-458-4200 Fax: 06-1-458-4260 E-mail: info@signal.hu