

A nyilatkozat a ajánlatszámú biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

1.	<p>Tájékoztatjuk, hogy a szerződés megkötésével a fenti ajánlatszámú biztosítási ajánlat, ill. annak mellékleteinek tartalmát Ön által megismertnek, és az abban foglaltakat – így a biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási díjakat és a Biztosító által vállalt kockázatokat, biztosítási összegeket, valamint a szerződésben szereplő személyek adatait – elfogadottnak tekintjük.</p> <p>Felhívjuk szíves figyelmét továbbá, hogy az ajánlat kizárólag jelen Nyilatkozatok dokumentummal együtt és az ebben foglaltak szerint érvényes és – amennyiben felmondási jogával határidőben nem él – a jelen tájékoztatóban foglaltakat elfogadottnak tekintjük az Ön részéről.</p> <p>A szerződés megkötésével az alábbiakban foglaltakat elfogadottnak tekintjük az Ön részéről:</p> <p><input type="checkbox"/> Testreszabott Védelem Csoportos Baleset, -élet és egészségbiztosítás (SIG 4444)</p> <p><input type="checkbox"/> Testreszabott Védelem Balesetbiztosítás Különös feltételei (SIG 4443)</p> <p><input type="checkbox"/> Termékmértető (SIG 4436)</p> <p><input type="checkbox"/> Tájékoztató távértékesítés útján kötött balesetbiztosítási szerződéshez (SIG 4518)</p> <p><input type="checkbox"/> Kockázati Kiegészítő biztosítás különös feltételek (SIG 4442)</p> <p><input type="checkbox"/> Kritikus betegségek kiegészítő biztosítás különös feltételek (SIG 4441)</p> <p><input type="checkbox"/> Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás különös feltételek (SIG 4440)</p> <p><input type="checkbox"/> Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételek (SIG 4439)</p> <p>Az ajánlati nyomtatvány(ok)on és melléklet(ek)en minden, a biztosítással kapcsolatos igénye rögzítésre került, és más szóbeli megállapodás(ok) nem történt(ek), nem hangzottak el.</p> <p>Az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű válaszokat adott, és kizárólagos felelősséget vállal minden adat helyességéért.</p> <p>Az ajánlaton szereplő adatokban bekövetkező változást a biztosítónak 5 munkanapon belül köteles bejelenteni.</p> <p>Ön hozzájárult ahhoz, hogy a felmondásra nyitva álló határidő előtt a Társaságunk a szerződés teljesítését megkezdje.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Elfogadom</p>
	<p>Szerződő aláírása:</p>

2.	<p>A biztosítási szerződés feltételeiről szóló tájékoztatást a vonatkozó szerződési feltételek rögzítik, amely tartalmazza az alábbi információkat:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 alapszerződésre 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 igénybevételenek 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 ügyféltől 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. <p>A szerződési feltételekben a Ptk. (2013. évi V. törvény) rendelkezéseitől eltérő feltételek is rögzítésre kerültek, így különösen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – szokásjog alkalmazása, – elévülés, – reaktiválásra a feltétel szerint nincs lehetőség, – a szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete, – ajánlattól eltérő kötvény határidőn belül történő megkifogásolása, – írásbeli nyilatkozatok formaiságára vonatkozó előírások.
	<p><input type="checkbox"/> Elfogadom</p>
	<p>Szerződő aláírása:</p>

3.	Tájékoztatást kapott arról, hogy amennyiben távértékesítéssel történt a szerződés megkötése, a kötvény kézhezvételétől számított 14 napon belül jelen biztosítási szerződést indoklás nélkül felmondhatja a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. címére küldött írásbeli nyilatkozattal.	
	A nyilatkozat történhet elektronikus levélben is (az info@signal.hu e-mail címre), melyhez melléklétként csatolni szükséges a szerződő által aláírt, szkennelt felmondásról szóló nyilatkozatot.	
<input type="checkbox"/> Elfogadom Szerződő aláírása:		

TERMÉKISMERTETŐ		
4.	Az igényfelmérés alapján a következő feltételeknek megfelelő szerződés összhangban van az Ön igényeivel Kijelentem, hogy az általam megkötni kívánt biztosítással kapcsolatosan az igényfelmérés és igénypontosítás megtörtént. Kijelentem továbbá, hogy a termékismertetőben foglaltak szerint meg tett biztosítási ajánlatban szereplő szolgáltatások, tartam és összeg(ek) akaratommal és igényeimnek megfelelően kerültek megjelölésre. Kijelentem, hogy az ajánlaton megnevezett biztosításközvetítő részletesen és mindenre kiterjedően tájékoztatott az általam megkötni kívánt biztosítási szerződéssel kapcsolatban. A biztosításközvetítő által nyújtott tájékoztatást megértettem. A biztosító, biztosításközvetítő főbb adatairól szóló tájékoztatást 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 tájékoztatást 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.	
	Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok.	
<input type="checkbox"/> Elfogadom Szerződő aláírása:		

MARKETING NYILATKOZAT		
5.	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	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 önröndelkezési 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.
	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 (http://www.signal.hu/hu/adatkezelesi-iranyelveink), vagy a https://www.signal.hu/static/sw/file/dmtajekoztato.pdf linken érhető el.	
<input type="checkbox"/> Elfogadom Szerződő aláírása:		

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 egészségi 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, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat házi orvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezelték, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezett-ségük 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.

Igazolom, és elfogadom, hogy az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem.

6. Felhatalmazom azokat a biztosítókat, amelyek rám, mint biztosítottra vonatkozóan azonos vagy összefüggő kockázatú biztosításokat kezelnek, hogy a kockázat elbírálásához, a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák.

Adatkezelési nyilatkozat iratbetekintésről, felvilágosítás kéréséről

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult szabálysértési eljárás, büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekints, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen. Igazolom, és elfogadom, hogy a nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem.

Hozzájárulás a szerződés megkötéséhez és a kedvezményezett jelöléshez

Kijelentem, hogy a szerződés megkötéséhez, valamint az ajánlaton megjelölt kedvezményezettek jelöléséhez kifejezett hozzájárulásomat adom.

Adatközlési és változásbejelentési nyilatkozat

Igazolom, hogy a megadott személyes, egészségügyi és tevékenységemre vonatkozó adataim az általam megadottak szerint, a hozzájárulásommal kerültek rögzítésre és a valóságnak megfelelnek. Igazolom továbbá, hogy a személyes adatokkal kapcsolatos válaszokat, nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően tettem azt követően, hogy az azokra vonatkozó adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem. Tudomásom van arról, hogy öt munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a biztosítónak a saját adataimban, a szerződésre vonatkozó adatokban bekövetkező esetleges változásokat.

Elfogadom

Szerződő aláírása:

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozattal kijelentem, hogy nem szenvedtem és jelenleg sem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben - kivétel egyszerű szövődésmenymentes nátha, influenza, heveny maradvány tünetek nélkül gyógyult fertőző betegségek - nem álltam és nem állok sem szakorvosi-, sem fekvőbeteg-ellátó intézményben kezelés alatt. Különös tekintettel nem szenvedek / nem szenvedtem szív- és érrendszeri (pl. magas vérnyomás, szívritmus zavar, koszorúér) betegségben, légzőszervi, emésztőszervi, vese-húgy és ivarszervi, idegrendszeri (pl. epilepszia) vagy pszichés betegségem, mozgásszervi, vérképzőszervi, immunrendszeri, hormonrendszeri, anyagcsere (pl. cukorbetegség), bőr- és daganatos megbetegedésben. Nincs örökletes- vagy veleszületett megbetegedésem. Nincs semmilyen testi, szellemi- és érzékszervi fogyatékoságom, nem szenvedek némaságban, siketségben, csökkent hallóképességben vagy vakságban.

7. Kijelentem, hogy nem szedtem/szedek rendszeresen gyógyszert és nem állok gyógyszeres kezelés alatt. Nem volt olyan baleseti sérülésem, ami fekvőbeteg intézményi kezelést vagy több alkalommal történő járóbeteg ellátást igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet. Nincs megállapított munkaképesség-csökkenésem, nem részesülök rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban, nyugdíjban, járadékban és nem nyújtottam be ennek megállapítására irányuló kérelmet sem. Jelenleg nem vagyok keresőképtelen állományban, munkaképességem teljes. Nincs káros szenvedélyem, korábban sem volt és jelenleg sem szenvedek alkoholfüggőségben. Kevesebb cigarettát szívok napi 20 szálnál. A fentiek alapján tehát ki tudom jelenteni, hogy az egészségi nyilatkozatban foglaltaknak maradéktalanul megfelelek, mert legjobb tudomásom szerint egészséges vagyok. Alulírott leendő biztosított kijelentem, hogy a jelen egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő válaszokat adtam és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Tudomásul veszem, hogy az egészségi nyilatkozat a biztosítási ajánlat elválaszthatatlan részét képezi.

	Biztosított (1)	Biztosított (2)	Biztosított (3)	Biztosított (4)	Biztosított (5)
Az egészségi nyilatkozatot megteszem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az egészségi nyilatkozatot nem teszem meg, külön nyilatkozatot teszek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NYILATKOZATOK

SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM
csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításhoz

Hatályos: 2022.03.14.

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 6. „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).

Amennyiben a szerződéskötéshez egyszerűsített egészségi nyilatkozatra van szükség, a 7. pontban - Egyszerűsített egészségi nyilatkozat- adott válasszomat aláírással hitelesítem.

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
Jelen életbiztosítás szolgáltatása mentes az adó alól.

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1123 Budapest, Alkotás u. 50.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 42 60
E-mail: info@signal.hu