

A HITEL, HITELNYÚJTÓ ÉS A HITELADÓS(OK) ADATAI (A hitelt nyújtó takarékszövetkezeti egység tölti ki!)

A BIZTOSÍTOTT ÉS EGYÜTTBIZTOSÍTOTT SZEMÉLYI ADATAI	
Biztosított (adós) családi és utóneve:	
Együttbiztosított (adóstars) családi és utóneve:	
Kötvényszám:	Pénzintézeti kód:
Káresemény megnevezése:	Káresemény időpontja:

A KÖLCSÖN				
Száma:	Összege:	Ft	Törlesztőrészelete	Ft
Hiteltörlesztés gyakorisága:				
Hitelező megnevezése, címe:	A kár időpontjában fennálló késedelmes törlesztések száma:	db	A kár időpontjában fennálló tartozás összege:	Ft
	összege:	Ft		Ft

A BIZTOSÍTÁS			
Kezdeté (év, hó, nap):	Tartama (hónap):		
A BIZTOSÍTÁSI DÍJFIZETÉS			
Gyakorisága:	Tartama (év, hó, nap):	Gyakoriság szerinti díja:	Ft

Kelt:	Pénzintézeti egység cégszerű aláírása:
--------------	---

I. HALÁLESET ESETÉN*

- Hozzá tartozótól a biztosítási kötvény és az ajánlat másolata,
- halotti anyakönyvi kivonat fénymásolt példánya,
- halottvizsgálati bizonyítvány (jegyzőkönyv) fénymásolata,
- boncolási jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült),
- a háziorvossal kitöltött „Haláleset utáni orvosi jelentés” (SIGNAL-nyomtatvány) eredeti példánya,
- a halálesettel kapcsolatos ellátások orvosi dokumentációit (gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentés(ek) másolata, szövettani eredmények, műtéti leírások, szakorvosi iratok másolatai, betegkarton másolata),
- halotti epikrizist tartalmazó kórházi zárójelentés másolata, ambuláns lapok másolatai,
- hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet, vagy az eljárást, befejező/elutasító határozat, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához,
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordítása,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatai,
- véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült),
- toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolat (amennyiben ilyen készült).

- Baleseti halál esetén az I. pontban leírtakon túl a következő dokumentumok benyújtása szükséges**
- a balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolatai beleértve az első orvosi ellátás dokumentumait,
 - baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyi – baleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült),
 - amennyiben a biztosított járművezetőként sérült, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata.

II. MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉN*

- Biztosítási kötvény és az ajánlat másolata,
- baleset esetén a balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció másolata (kórházi zárójelentések, ambuláns lapok, leletek, vizsgálati eredmények másolatai),
- az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv, illetve az egészségi állapot mértékét meghatározó rehabilitációs hatóság által kiadott és a hozzá benyújtott orvosi dokumentumok, határozatok, minősítések másolata.

* A biztosító a felsorolt dokumentumokon kívül kérheti a biztosítási feltételekben részletezett további dokumentumokat is.

Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

Biztosított neve:
Biztosított születési dátuma:

NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_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, gyógyszerészekről, 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 büntető eljárás során keletkezett iratokba betekintsen, 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 összecszerúségének 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 www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) elolvastam, megértettem és elfogadom.

Kelt:	Biztosított aláírása:
--------------	------------------------------

Törvényes örökös/kedvezményezett neve nyomtatott betűvel:

Törvényes örökös/kedvezményezett sajátkezű aláírása:

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_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.

Kelt:	A kedvezményezett (pénzüntézet cégszerű aláírása):
--------------	---