

# Nyilatkozatok

Hatályos: 2020.10.01.

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

**KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZATOK ALÁÍRÁSA ELŐTT FIGYELMESEN TANULMÁNYOZZA ÁT!**

Az ajánlat és 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, elektronikus úton átveszem vagy letöltöm. Ebben az esetben hozzájárulok egyúttal ahhoz, hogy a biztosító a Bit. által előírt írásbeli ügyfélértékelést elektronikus úton (e-mailben) nyújtsa részemre.**

**Átvett dokumentumok/Elektronikusan megküldött/letölthető dokumentumok:**

- SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítás ajánlat SIG 4113
- SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítás Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételek SIG 4209
- Biztosítási termékismertető SIG 4092
- Balesetbiztosítási igényfelmérő SIG 3344

**Kijelentem továbbá, hogy a jelen SIG 4114 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), • reaktywálásra 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.).

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

**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 alaptáratásra 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 igénybevételek 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 ügyfélértékelést a 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.

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

# Nyilatkozatok

Hatályos: 2020.10.01.

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

**KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZATOK ALÁÍRÁSA ELŐTT FIGYELMESEN TANULMÁNYOZZA ÁT!**

Az ajánlat és 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 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, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat 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. §-ban és a 147-151. §-ban 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 ellátásban 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 elfogadom, hogy az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem. 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 betekintszen, 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

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

#### Adatkezelési 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.

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

### 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 megtett 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 termékű 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.

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

## Nyilatkozatok

Hatályos: 2020.10.01.

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.

### 5. MARKETING NYILATKOZAT

Igen

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 szolgáltatató 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 10 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.

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 <http://www.signal.hu/static/sw/file/dmtajekoztato.pdf> linken érhető el.

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

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

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

<b>Biztosított (1)* aláírása:</b>
<b>Biztosított (2)* aláírása:</b>
<b>Biztosított (3)* aláírása:</b>
<b>Biztosított (4)* aláírása:</b>
<b>Biztosított (5)* aláírása:</b>

\* vagy törvényes képviselője

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

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