

Biztosított, kiegészítő biztosítás felvétele

A SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás általános, különös és kiegészítő feltételei alkalmazásával

Hatályos: 2023.01.01-jétől

Kötvényszám:	
Biztosításközvetítő neve:	Biztosításközvetítő kódja:
Szerződő neve:	
Szerződő születési helye, dátuma:	
Anyja neve:	

SZERZŐDŐ TOVÁBBI ADATAI KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELVÉTELE ESETÉN

Személyazonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Útleveél <input type="checkbox"/> Vezetői engedély <input type="checkbox"/> Magyarországi tartózkodásra jogosító személyazonosító igazolvány	
Betűjele/száma:	Érvényességi ideje:
Lakcímet igazoló hatósági igazolvány betűjele/száma:	<input type="checkbox"/> nincs
<p>Alulírott szerződő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”. Céges szerződés esetében kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”.</p>	
<p>Alulírott szerződő személy kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök. <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Amennyiben a válasz igen, kötelező kitölteni a „Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat” c. nyomtatványt.</p>	

SZERZŐDŐ TOVÁBBI ADATAI (HA NEM MAGÁNSZEMÉLY) KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELVÉTELE ESETÉN

E-mail cím:	
(Képviselőre jogosult) Személyazonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Útleveél <input type="checkbox"/> Vezetői engedély <input type="checkbox"/> Magyarországi tartózkodásra jogosító személyazonosító igazolvány	
Betűjele/száma:	Érvényességi ideje:
Lakcímet igazoló hatósági igazolvány betűjele/száma:	<input type="checkbox"/> nincs

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK	CSOMAGOK BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGE (Ft)				
	Top	Top Plusz	Top Prémium	Gyermek*	Családi kiterjesztés**
Baleseti halál	12 000 000	17 000 000	22 000 000	–	1 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (15%-35%)	8 000 000	12 000 000	16 000 000	8 000 000	1 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (36%-66%)	12 000 000	18 000 000	24 000 000	12 000 000	2 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (67%-)	24 000 000	36 000 000	45 000 000	24 000 000	4 000 000
Baleseti kórházi napidíj	12 000	15 000	20 000	12 000	6 000
Baleseti eredetű plasztikai műtét	1 000 000	1 500 000	2 000 000	1 000 000	–
Baleseti csonttörés	50 000	125 000	200 000	50 000	25 000
Lágy részek sérülése	50 000	50 000	50 000	50 000	25 000
Égési sérülés	500 000	750 000	1 000 000	500 000	–
Tanulási támogatás	–	–	–	100 000	–
Baleseti műtéti térítés	250 000	350 000	500 000	250 000	125 000
Baleseti keresőképzelenség	100 000	150 000	200 000	–	–
Gyerek-segély	–	–	–	–	25 000

* Gyermek csomag biztosítottja 1-20 éves belépési életkorú személy lehet.

** A családi kiterjesztés biztosítottjai a szerződéssel azonos lakcímen lakó férj/feleség/bejegyzett élettárs, gyermek.

Biztosított, kiegészítő biztosítás felvétele

A SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás általános, különös és kiegészítő feltételei alkalmazásával

Hatályos: 2023.01.01-jétől

Kötvényszám:	
Biztosításközvetítő neve:	Biztosításközvetítő kódja:
Szerződő neve:	

BIZTOSÍTOTT ADATAI

<input type="checkbox"/> ALAPBIZTOSÍTÁSSAL MÁR RENDELKEZIK A MEGADOTT KÖTVÉNYSZÁMÚ SZERZŐDÉSSEN (Meglévő biztosítás esetén korábban megadott adatok módosítása a jelen formanyomtatványon nem lehetséges!)			
Biztosított neve:			
Biztosított lakcíme:			
Születési dátuma:			
Állampolgársága:	Anyja születési neve:		
Pontos munkatevékenysége:			
Testmagassága:	cm	Testsúlya:	kg

ALAPBIZTOSÍTÁS (Kizárólag új biztosított felvétele esetén kitöltendő)

TOP
 TOP PLUSZ
 TOP PRÉMIUM

**KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK (Kérjük jelölje be a választott kiegészítő biztosítást! Több kiegészítő biztosítás is jelölhető.)
Meglévő kiegészítő biztosítás esetén a biztosítási összeg módosítása vagy a kiegészítő biztosítás törlése a jelen formanyomtatványon nem lehetséges!**

Kiegészítő biztosítások megnevezése	Biztosítási összeg/biztosítási limit (Ft)
<input type="checkbox"/> Kockázati kiegészítő biztosítás Nyilatkozat a dohányzási szokásokról <input type="checkbox"/> Nem dohányzik, vagy napi 6 szálnál kevesebbet szív <input type="checkbox"/> Napi 6 szálnál többet szív	
<input type="checkbox"/> Kritikus betegségek kiegészítő biztosítás	
<input type="checkbox"/> Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás	-
<input type="checkbox"/> Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás	1 000 000 Ft

KEDVEZMÉNYEZETTEK ELHALÁLÓZÁS ESETÉN (Kizárólag új biztosított felvétele esetén kitöltendő)

Meglévő biztosítás esetén a korábban megadott kedvezményezettek módosítása a jelen formanyomtatványon nem lehetséges!

<input type="checkbox"/> Örökösök (100%)			
<input type="checkbox"/> Név szerinti kedvezményezettek:			
Családi és utóneve:			
Születési neve:			
Születési helye, ideje:			
Anyja születési neve:			
Lakcíme:			
Részarány:	%	%	%

Biztosított, kiegészítő biztosítás felvétele

A SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás általános, különös és kiegészítő feltételei alkalmazásával

Hatályos: 2023.01.01-jétől

Kötvényszám:	
Biztosításközvetítő neve:	Biztosításközvetítő kódja:
Szerződő neve:	

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozattal kijelentem, hogy nem szenvedtem és jelenleg sem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben – kivétel egyszerű szövődésménymentes 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.

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.

Az egészségi nyilatkozatot megteszem. Az egészségi nyilatkozatot nem teszem meg, külön nyilatkozatot teszek.

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 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 házi orvosomat, kezelőorvosomat, 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.

Felhatalmazom azokat a biztosítókat, amelyek rám, mint biztosítottat 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 betekintsen, 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.

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum „Adatkezelési nyilatkozatok” pontjában foglaltakhoz, valamint az aa 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 „Egyszerűsített egészségi nyilatkozat” pontban adott válaszomat aláírással hitelesítem.

Kelt:	Szerződő aláírása:
	Biztosított aláírása:

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a módosítás elvégzéséhez a jelen dokumentumnak a biztosítási évfordulót / díjfizetési ütem fordulót megelőző 30 napig szükséges beérkeznie. Tájékoztatjuk továbbá, szükség lehet Részletes egészségi nyilatkozat és/vagy Pénzügyi kérdőív kitöltésére is. Erről a Biztosító küld tájékoztatást a jelen dokumentum beérkezését követően.