

Jelen dokumentum a

ajánlatszámú biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezi.

1.	Nyilatkozom, hogy a fenti ajánlatszámú biztosítási ajánlat, illetve annak mellékleteinek tartalmát megismertem, az abban foglaltakat – így a biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási díjakat és a biztosító által vállalt kockázatokat, biztosítási összegeket, valamint az ajánlatban szereplő személyek adatait – leellenőriztem és elfogadom.
	Tudomásul veszem, hogy az ajánlat kizárólag a jelen „Nyilatkozatok” elnevezésű dokumentummal együtt és az ebben foglaltak szerint érvényes. Nyilatkozom, hogy a szerződés megkötése előtt átvettem (megkaptam), megismertem és áttanulmányozás után elfogadtam az alábbiakban jelölt dokumentumokat: Termékismertető (SIG 5260) Tájékoztató Távértékesítés útján kötött csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítási szerződéshez (SIG 5296) Testreszabott Védelem Plusz Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás Általános és Különös Szerződési Feltételek (SIG 5392), mely tartalmazza az alábbiakat: • Testreszabott Védelem Plusz Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás Általános Szerződési Feltételek • Balesetbiztosítás Különös feltételek • Kockázati életbiztosítás Különös feltételek • Kritikus betegségek egészségbiztosítás Különös feltételek • Bármely okú maradandó egészségkárosodás (40%) biztosítás Különös feltételek • Bármely okú maradandó egészségkárosodás (70%) kiegészítő biztosítás Különös feltételek • Bármely okú kórházi napi térítés kiegészítő biztosítás Különös feltételek • Bármely okú műtéti térítés kiegészítő biztosítás Különös feltételek • Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás Különös feltételek • Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás Különös feltételek Elismerem, hogy az ajánlati nyomtatványokon és annak mellékletein minden, a biztosítással kapcsolatos igényem rögzítésre került, és más szóbeli megállapodás(ok) nem történt(ek), nem hangzottak el. Az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű választ adtam és aláírással kizárólagos felelősséget válllok minden adat helyességéért. Az ajánlaton szereplő adatokban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül köteles vagyok a biztosítónak bejelenteni. Az ajánlaton megadott e-mail címben és /vagy a mobiltelefonszámomban bekövetkezett változást azonban haladéktalanul köteles vagyok a biztosító felé bejelenteni az elektronikus kommunikáció igénybevételének feltételeiről szóló tájékoztatásnak megfelelően. Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a felmondásra nyitva álló határidő előtt a szerződés teljesítését megkezdje. Szerződő aláírása*:
2.	A biztosítási szerződés feltételeiről szóló tájékoztatást a vonatkozó szerződési feltételek rögzítik, amely tartalmazza 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 és végét; – a biztosítási eseményeket, bejelentésük módját és határidejét; – a díjfizetés és díjmódosítás módját és lehetőségét a kötelező alapbiztosításra és a választott alap-, és kiegészítő biztosításokra vonatkozóan; – 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 igénybevételének 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 nem jogosult az ügyféltől biztosítási díjat átvenni; – a biztosításközvetítő jogosult-e a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni; – 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 címetzettjeit, valamint a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogait és jogorvoslati lehetőségeit; – a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogairól szóló tájékoztatást.
	A szerződési feltételekben a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő feltételek is rögzítésre kerültek, így különösen: – szokásjog alkalmazása, – elévülés, – a szerződés hatálybalépése, kockázatviselés kezdete, – ajánlattól eltérő kötvény határidőn belül történő kifogásolása, – írásbeli nyilatkozatok formaiságára vonatkozó előírások. Nyilatkozom, hogy a Ptk. rendelkezéseitől, a szerződésre vonatkozó rendelkezésektől, a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő, a szerződési feltételekben található feltételeket megismertem és elfogadom. Szerződő aláírása*:

3.	Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy amennyiben távértékesítéssel történt a szerződés megkötése – biztosító és a fogyasztónak minősülő szerződő között –, úgy szerződést a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. címére küldött írásbeli nyilatkozattal indoklás nélkül felmondhatom a kötvény kézhezvételét követően. A felmondásra a kötvény kézhezvételétől számítottnak; balesetbiztosítás, bármely okú egészségkárosodás (40%), valamint kritikus betegségek egészségbiztosítás kötelező alapbiztosítás esetén 14 nap, kockázati életbiztosítás kötelező alapbiztosítás esetén 30 nap áll rendelkezésemre. A nyilatkozat történhet elektronikus levélben is (az info@signal.hu e-mail címre), melyhez mellékletként csatolni szükséges a szerződő által aláírt, szkennelt felmondásról szóló nyilatkozatot.
	Szerződő aláírása*:

TERMÉKISMERTETŐ	
4.	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 és a 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.
	Szerződő aláírása*:

MARKETING NYILATKOZAT				
5.	<table border="1"> <tr> <td>Igen</td> <td rowspan="2"> 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. </td> </tr> <tr> <td>Nem</td> </tr> </table>	Igen	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.	Nem
	Igen	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.		
Nem				
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.				
Szerződő aláírása*:				

ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓ NYILATKOZAT	
6.	Jelen nyilatkozatban hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a szerződéselem megkötésével, kezelésével, megszűnésével kapcsolatos kommunikációt elektronikus úton folytathatja. A szerződéshez kapcsolódó dokumentumokat titkosított levélben juttatja el részemre. Az elektronikus kommunikáció feltételeit megismertem és elfogadtam. Tudomásom van arról, hogy az elektronikus kommunikációhoz az ajánlaton az általam megadott e-mail cím és telefonszám kerül rögzítésre.
	Szerződő aláírása*:

SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ
(TE012, TB041, TR096, TK097)
Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításhoz

Hatályos: 2025.10.15.

BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ PÉNZKEZELÉSRE
SEMILYEN FORMÁBAN NEM JOGOSULT!

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 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. 138-143. §-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 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.

7. 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 jelöléséhez

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.

Szerződő aláírása*:

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT, RÉSZLETES EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT RENDELKEZÉS

Jelen nyilatkozattal kijelentem, hogy nem szenvedtem és jelenleg sem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben – kivéve egyszerű, szövőd-ménymentes nátha, influenza, heveny maradványtünetek nélkül gyógyult fertőző betegségek –, nem álltam és nem állok sem háziorvosi, szakorvosi, sem fekvőbeteg-ellátó intézményben kezelés alatt. Különös tekintettel nem szenvedek/nem szenvedtem szív- és érrendszeri betegségben (pl. magas vérnyomás, szívritmus zavar, koszorúér), légzőszervi, emésztőszervi, vese, húgy- és ivarszervi, idegrendszeri (pl. epilepszia) vagy pszichés betegségben, mozgásszervi, vérképzőszervi, immunrendszeri, hormonrendszeri, anyagcsere (pl. cukorbetegség), bőr- és daganatos megbete-gedésben, súlyos fertőző betegségben (pl. fertőző májgyulladás). Nincs örökletes vagy veleszületett megbetegedésem. Nincs semmilyen testi, értelmi vagy érzékszervi akadályozottságom, 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/egészségkárosodásom, 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 fen-tiek 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 meg-felelő 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) neve, születési dátuma	Biztosított (2) neve, születési dátuma	Biztosított (3) neve, születési dátuma	Biztosított (4) neve, születési dátuma	Biztosított (5) neve, születési dátuma
Az egyszerűsített egészségi nyilatkozatot megteszem.					
Az egyszerűsített egészségi nyilatkozatot nem teszem meg, külön nyilatkozatot teszek.					
Részletes egészségi nyilatkozat kitöltése esetén a nyilatkozatot online teszem meg:	Igen Nem	Igen Nem	Igen Nem	Igen Nem	Igen Nem

NYILATKOZATOK

SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM PLUSZ
(TE012, TB041, TR096, TK097)
Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosításhoz

Hatályos: 2025.10.15.

BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ PÉNZKEZELÉSRE
SEMILYEN FORMÁBAN NEM JOGOSULT!

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 7. „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 8. pontban - Egyszerűsített egészségi nyilatkozat- adott válaszomat aláírással hitelesítem.

A 8. pontban részletes egészségi nyilatkozat online kitöltésének választása esetén, alulírott biztosított kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy az ajánlaton megadott e-mail címre egyedi online linket, a megadott telefonszámra SMS-ben pedig egyedi jelszót fogok kapni, melyek együttes megadásával válik elérhetővé és kitölthetővé számomra a megadott számú ajánlathoz elengedhetetlenül szükséges részletes egészségi nyilatkozat formanyomtatvány. Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy az e-mailben kapott linkre kattintva, önkéntesen és a valóságnak megfelelően, általam kerül majd kitöltésre a részletes egészségi nyilatkozat.

Biztosított (1)* aláírása:

Biztosított (2)* aláírása:

Biztosított (3)* aláírása:

Biztosított (4)* aláírása:

Biztosított (5)* aláírása:

* vagy törvényes képviselője/képviselői

Kelt:

Biztosításközvetítő aláírása: