

SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT ÉS KÖTVÉNY

A SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS, KÜLÖNÖS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEI ALKALMAZÁSÁVAL (A1505)

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL EXPRESSZ | Csoportos balesetbiztosítás
Nyilatkozatok

SIGNAL IDUNA 

Ajánlatszám/Kötvényszám: _____

Biztosításközvetítő neve: _____

Szerződő (ha magánszemély)	
Titulusa:	Neme: <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> férfi
Családi és utóneve:	
Születési neve:	
Születési ideje: _____	Születési helye: _____
Adóazonosító jele: _____	
Állandó lakcíme: _____	
Levelezési lakcíme: _____	
Telefon: _____	E-mail cím: _____

Partner kódja: _____

Telefonszáma: _____

Szerződő (ha nem magánszemély)	
Cég neve:	
Székhely, fióktelep címe:	
Telephely (levelezési) címe:	
Céggjegyzékre, képviseletre jogosult családi és utóneve:	
Cég adószáma: _____	Mobiltelefon: _____

Biztosítás kezdete: _____

A kockázatviselés kezdete az első díj befizetését követő nap 0 óra.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK \ CSOMAGOK	BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK (FT)				
	PRÉMIUM	MÉDIUM	SZINGLI	BÁZIS	GYEREK
Baleseti halál	12 000 000	8 000 000	150 000	6 000 000	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	18 000 000	15 000 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000
Baleseti kórházi napidíj (5. naptól, visszamenőleg)	10 000	8 000	8 000	5 000	5 000
Baleseti műtéti térítés	200 000	150 000	150 000	100 000	100 000
Baleseti plasztikai műtéti térítés	2 000 000	1 500 000	1 500 000	1 000 000	1 000 000
Csonttörés, csontrepedés	100 000	75 000	75 000	50 000	50 000
Égési sérülési térítés	1 000 000	750 000	750 000	500 000	500 000
Magánemberi felelősségbiztosítás	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Közúti közlekedési baleseti halál	2 000 000	2 000 000		2 000 000	
Tanulási támogatás min. 10 napos folyamatos kórházi tartózkodás esetén egyszeri térítés					100 000
ELSŐ BIZTOSÍTÁSI ÉVRE A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	30 000	23 000	18 000	16 000	13 000
MÁSODIK BIZTOSÍTÁSI ÉVTŐL A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	24 000	19 000	15 000	13 000	10 000

Egy ajánlaton maximum 5 fő biztosítottat lehet felvenni. Minden biztosított egy tetszőleges csomagot választhat a fenti 5 csomagból. A legmagasabb díjú csomagot választott biztosítottakkal kezdje az alábbi táblázat kitöltését és rendezze a csomagok díjai szerint csökkenő sorrendbe a biztosítottakat. Egy csomag többször is választható!

	1. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (1))	2. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (2))	3. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (3))	4. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (4))	5. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (5))
Csomag neve					
Biztosított neve					
Születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____
Kedvezményezett baleseti halál esetén					
Kedvezményezett születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____

Kérjük, az alábbi táblázatot töltsé ki, egy oszlopban csak egy csomag választható! Kérjük, a kitöltést mindig az első oszloptól kezdje! A fent kiválasztott csomaghoz tartozó díjat X-szelje be a lenti táblázat valamelyikében!

NEGYEDÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 7 800	<input type="checkbox"/> 7 176	<input type="checkbox"/> 6 552	<input type="checkbox"/> 5 928	<input type="checkbox"/> 5 304
Médiум	<input type="checkbox"/> 5 980	<input type="checkbox"/> 5 502	<input type="checkbox"/> 5 023	<input type="checkbox"/> 4 545	<input type="checkbox"/> 4 066
Szingli	<input type="checkbox"/> 4 680	<input type="checkbox"/> 4 306	<input type="checkbox"/> 3 931	<input type="checkbox"/> 3 557	<input type="checkbox"/> 3 182
Bázis	<input type="checkbox"/> 4 160	<input type="checkbox"/> 3 827	<input type="checkbox"/> 3 494	<input type="checkbox"/> 3 162	<input type="checkbox"/> 2 829
Gyerek	<input type="checkbox"/> 3 380	<input type="checkbox"/> 3 110	<input type="checkbox"/> 2 839	<input type="checkbox"/> 2 569	<input type="checkbox"/> 2 298

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

ÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 30 000	<input type="checkbox"/> 27 600	<input type="checkbox"/> 25 200	<input type="checkbox"/> 22 800	<input type="checkbox"/> 20 400
Médiум	<input type="checkbox"/> 23 000	<input type="checkbox"/> 21 160	<input type="checkbox"/> 19 320	<input type="checkbox"/> 17 480	<input type="checkbox"/> 15 640
Szingli	<input type="checkbox"/> 18 000	<input type="checkbox"/> 16 560	<input type="checkbox"/> 15 120	<input type="checkbox"/> 13 680	<input type="checkbox"/> 12 240
Bázis	<input type="checkbox"/> 16 000	<input type="checkbox"/> 14 720	<input type="checkbox"/> 13 440	<input type="checkbox"/> 12 160	<input type="checkbox"/> 10 880
Gyerek	<input type="checkbox"/> 13 000	<input type="checkbox"/> 11 960	<input type="checkbox"/> 10 920	<input type="checkbox"/> 9 880	<input type="checkbox"/> 8 840

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

Díjfizetési mód: beszédési megbízás (inkasszó) átutalás csekk

Bankszámlaszám: _____ Elsődíjas csekk sorszáma: _____

Kérjük, hogy a nyilatkozatokat aláírás előtt figyelmesen tanulmányozza át!

1. Alulírott szerződő kijelentem, hogy az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű válaszokat adtam. Kizárólagos felelősséget válllok minden általam közölt adat helyességéért. Az ajánlaton a biztosítással kapcsolatos igényeimet rögzítettem, az ajánlatban írásban rögzítettektől eltérő egyéb szóbeli megállapodások nem történtek. 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 kötve. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a vonatkozó szerződési feltétel szerinti biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító visszautasíthatja, ha az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása, illetve egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükséges.

Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok.

Alulírott szerződő elismerem, hogy az ajánlat aláírása előtt átvettem, megismertem és áttanulmányozás után elfogadtam az általam igényelt kockázatok alábbiakban felsorolt általános, különös és kiegészítő biztosítási feltételeit, valamint az aláírást követően átvettem a Biztosítási termékismertetőt SIG3329 valamint az ajánlat egy példányát is.

FELTÉTELEK SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételek SIG 3310

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), • reaktiválásra 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.).

Szerződő aláírása: _____

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 alapbiztosításra 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 további tájékoztatást, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését, tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy a biztosításközvetítő jogosult-e és ha igen, akkor milyen korlátozásokkal az ügyfélről biztosítási díjat átvenni; • a biztosítási titok és személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat; • a szerződés jogának, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését; • a személyes adatok kezelésének célját, jogalapját, a kezelt adatok körét, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségeit, az adatkezelés időtartamát valamint a személyes adatok címzettjeit, illetve a címzettek kategóriáit; • a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogairól szóló tájékoztatást; • jogosult-e a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

Szerződő aláírása: _____

3. TERMÉKISMERTETŐ

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.

Szerződő aláírása: _____

4. HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Felhatalmazom háziorvosomat, valamint az egészségügyi ellátásomban résztvevő személyeket, hogy a kárelbíráláshoz szükséges az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak még elhalálozásom esetén is kiadják.

Szerződő aláírása: _____

5. NYILATKOZAT REKLÁM KÖZLÉSÉRŐL, ADATKEZELÉSRŐL (MAGÁNSZEMÉLYEK RÉSZÉRE)

Mint Szerződő, a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Bp., Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) részére, igen válasz esetén 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 tíz 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.

Vállalom, hogy a fenti adataimban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem az alábbi elérhetőségek valamelyikén.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, 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 kérhet a személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja. 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.

Szerződő aláírása: _____

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 4. pontjában foglalt „HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT” valamint az ajánlati lapon a rám vonatkozóan megjelölt kedvezményezett(ek) jelölés(é)hez kifejezett hozzájárulásomat adom.

Biztosított (1)* aláírása: _____ Biztosított (4)* aláírása: _____

Biztosított (2)* aláírása: _____ Biztosított (5)* aláírása: _____

Biztosított (3)* aláírása: _____ (* vagy törvényes képviselője)

Kelt: _____ év _____ hónap _____ nap

Biztosításközvetítő aláírása: _____
dr. Kálódi Tamás, elnök-vezérigazgató Csata Dénes, vezérigazgató-helyettes

Biztosításközvetítő MNB regisztrációs száma: _____ Biztosításközvetítő MT száma: _____

A Biztosító adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015.

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

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. bankszámlaszáma: Takarékbank Zrt. 11500092-11041623-00000000.

Kérjük, a megjegyzés rovatba a kötvényszámot tüntesse fel!

SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT ÉS KÖTVÉNY

A SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS, KÜLÖNÖS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEI ALKALMAZÁSÁVAL (A1505)

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL EXPRESSZ | Csoportos balesetbiztosítás
Nyilatkozatok

SIGNAL IDUNA 

Ajánlatszám/Kötvényszám: _____

Biztosításközvetítő neve: _____

Szerződő (ha magánszemély)	
Titulusa:	Neme: <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> férfi
Családi és utóneve:	
Születési neve:	
Születési ideje: _____	Születési helye: _____
Adóazonosító jele: _____	
Állandó lakcíme: _____	
Levelezési lakcíme: _____	
Telefon: _____	E-mail cím: _____

Partner kódja: _____

Telefonszáma: _____

Szerződő (ha nem magánszemély)	
Cég neve:	
Székhely, fióktelep címe:	
Telephely (levelezési) címe:	
Céggjegyzékre, képviseletre jogosult családi és utóneve:	
Cég adószáma: _____	Mobiltelefon: _____

Biztosítás kezdete: _____

A kockázatviselés kezdete az első díj befizetését követő nap 0 óra.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK \ CSOMAGOK	BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK (FT)				
	PRÉMIUM	MÉDIUM	SZINGLI	BÁZIS	GYEREK
Baleseti halál	12 000 000	8 000 000	150 000	6 000 000	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	18 000 000	15 000 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000
Baleseti kórházi napidíj (5. naptól, visszamenőleg)	10 000	8 000	8 000	5 000	5 000
Baleseti műtéti térítés	200 000	150 000	150 000	100 000	100 000
Baleseti plasztikai műtéti térítés	2 000 000	1 500 000	1 500 000	1 000 000	1 000 000
Csonttörés, csontrepedés	100 000	75 000	75 000	50 000	50 000
Égési sérülési térítés	1 000 000	750 000	750 000	500 000	500 000
Magánemberi felelősségbiztosítás	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Közúti közlekedési baleseti halál	2 000 000	2 000 000		2 000 000	
Tanulási támogatás min. 10 napos folyamatos kórházi tartózkodás esetén egyszeri térítés					100 000
ELSŐ BIZTOSÍTÁSI ÉVRE A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	30 000	23 000	18 000	16 000	13 000
MÁSODIK BIZTOSÍTÁSI ÉVTŐL A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	24 000	19 000	15 000	13 000	10 000

Egy ajánlaton maximum 5 fő biztosítottat lehet felvenni. Minden biztosított egy tetszőleges csomagot választhat a fenti 5 csomagból. A legmagasabb díjú csomagot választott biztosítottakkal kezdje az alábbi táblázat kitöltését és rendezze a csomagok díjai szerint csökkenő sorrendbe a biztosítottakat. Egy csomag többször is választható!

	1. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (1))	2. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (2))	3. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (3))	4. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (4))	5. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (5))
Csomag neve					
Biztosított neve					
Születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____
Kedvezményezett baleseti halál esetén					
Kedvezményezett születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____

Kérjük, az alábbi táblázatot töltsd ki, egy oszlopban csak egy csomag választható! Kérjük, a kitöltést mindig az első oszloptól kezdje! A fent kiválasztott csomaghoz tartozó díjat X-szelje be a lenti táblázat valamelyikében!

NEGYEDÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 7 800	<input type="checkbox"/> 7 176	<input type="checkbox"/> 6 552	<input type="checkbox"/> 5 928	<input type="checkbox"/> 5 304
Médiум	<input type="checkbox"/> 5 980	<input type="checkbox"/> 5 502	<input type="checkbox"/> 5 023	<input type="checkbox"/> 4 545	<input type="checkbox"/> 4 066
Szingli	<input type="checkbox"/> 4 680	<input type="checkbox"/> 4 306	<input type="checkbox"/> 3 931	<input type="checkbox"/> 3 557	<input type="checkbox"/> 3 182
Bázis	<input type="checkbox"/> 4 160	<input type="checkbox"/> 3 827	<input type="checkbox"/> 3 494	<input type="checkbox"/> 3 162	<input type="checkbox"/> 2 829
Gyerek	<input type="checkbox"/> 3 380	<input type="checkbox"/> 3 110	<input type="checkbox"/> 2 839	<input type="checkbox"/> 2 569	<input type="checkbox"/> 2 298

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

ÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 30 000	<input type="checkbox"/> 27 600	<input type="checkbox"/> 25 200	<input type="checkbox"/> 22 800	<input type="checkbox"/> 20 400
Médiум	<input type="checkbox"/> 23 000	<input type="checkbox"/> 21 160	<input type="checkbox"/> 19 320	<input type="checkbox"/> 17 480	<input type="checkbox"/> 15 640
Szingli	<input type="checkbox"/> 18 000	<input type="checkbox"/> 16 560	<input type="checkbox"/> 15 120	<input type="checkbox"/> 13 680	<input type="checkbox"/> 12 240
Bázis	<input type="checkbox"/> 16 000	<input type="checkbox"/> 14 720	<input type="checkbox"/> 13 440	<input type="checkbox"/> 12 160	<input type="checkbox"/> 10 880
Gyerek	<input type="checkbox"/> 13 000	<input type="checkbox"/> 11 960	<input type="checkbox"/> 10 920	<input type="checkbox"/> 9 880	<input type="checkbox"/> 8 840

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

Díjfizetési mód: beszédési megbízás (inkasszó) átutalás csekk

Bankszámlaszám: _____ Elsődíjas csekk sorszáma: _____

Kérjük, hogy a nyilatkozatokat aláírás előtt figyelmesen tanulmányozza át!

1. Alulírott szerződő kijelentem, hogy az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű válaszokat adtam. Kizárólagos felelősséget válllok minden általam közölt adat helyességéért. Az ajánlaton a biztosítással kapcsolatos igényeimet rögzítettem, az ajánlatban írásban rögzítettektől eltérő egyéb szóbeli megállapodások nem történtek. 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 kötve. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a vonatkozó szerződési feltétel szerinti biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító visszautasíthatja, ha az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása, illetve egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükséges.

Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok.

Alulírott szerződő elismerem, hogy az ajánlat aláírása előtt átvettem, megismertem és áttanulmányozás után elfogadtam az általam igényelt kockázatok alábbiakban felsorolt általános, különös és kiegészítő biztosítási feltételeit, valamint az aláírást követően átvettem a Biztosítási termékismertetőt SIG3329 valamint az ajánlat egy példányát is.

FELTÉTELEK SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételek SIG 3310

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), • reaktiválásra 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.).

Szerződő aláírása: _____

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 alapbiztosításra 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 további tájékoztatást, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését, tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy a biztosításközvetítő jogosult-e és ha igen, akkor milyen korlátozásokkal az ügyfélről biztosítási díjat átvenni; • a biztosítási titok és személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat; • a szerződés jogának, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését; • a személyes adatok kezelésének célját, jogalapját, a kezelt adatok körét, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségeit, az adatkezelés időtartamát valamint a személyes adatok címzettjeit, illetve a címzettek kategóriáit; • a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogairól szóló tájékoztatást; • jogosult-e a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

Szerződő aláírása: _____

3. TERMÉKISMERTETŐ

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.

Szerződő aláírása: _____

4. HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Felhatalmazom háziorvosomat, valamint az egészségügyi ellátásomban résztvevő személyeket, hogy a kárelbíráláshoz szükséges az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak még elhalálozásom esetén is kiadják.

Szerződő aláírása: _____

5. NYILATKOZAT REKLÁM KÖZLÉSÉRŐL, ADATKEZELÉS RŐL (MAGÁNSZEMÉLYEK RÉSZÉRE)

Mint Szerződő, a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Bp., Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) részére, igen válasz esetén 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 tíz 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.

Vállalom, hogy a fenti adataimban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem az alábbi elérhetőségek valamelyikén.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, 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 kérhet a személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a signal.hu nyitó oldal alján az Adatkezelési irányelvek alatti Dokumentumtárban található (http://www.signal.hu/hu/adatkezesi-iranyelveink), vagy a http://www.signal.hu/static/sw/file/dmtajekoztato.pdf linken érhető el.

Szerződő aláírása: _____

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 4. pontjában foglalt „HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT” valamint az ajánlati lapon a rám vonatkozóan megjelölt kedvezményezett(ek) jelölés(é)hez kifejezett hozzájárulásomat adom.

Biztosított (1)* aláírása: _____ Biztosított (4)* aláírása: _____

Biztosított (2)* aláírása: _____ Biztosított (5)* aláírása: _____

Biztosított (3)* aláírása: _____ (* vagy törvényes képviselője)

Kelt: _____ év _____ hónap _____ nap

Biztosításközvetítő aláírása: _____
dr. Kálódi Tamás, elnök-vezérigazgató Csata Dénes, vezérigazgató-helyettes

Biztosításközvetítő MNB regisztrációs száma: _____ Biztosításközvetítő MT száma: _____

A Biztosító adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015.

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

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. bankszámlaszáma: Takarékbank Zrt. 11500092-11041623-00000000.

Kérjük, a megjegyzés rovatba a kötvényszámot tüntesse fel!

SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT ÉS KÖTVÉNY

A SIGNAL EXPRESSZ BALESETBIZTOSÍTÁSI ÁLTALÁNOS, KÜLÖNÖS ÉS KIEGÉSZÍTŐ FELTÉTELEI ALKALMAZÁSÁVAL (A1505)

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL EXPRESSZ | Csoportos balesetbiztosítás
Nyilatkozatok

SIGNAL IDUNA 

Ajánlatszám/Kötvényszám: _____

Biztosításközvetítő neve: _____

Szerződő (ha magánszemély)	
Titulusa:	Neme: <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> férfi
Családi és utóneve:	
Születési neve:	
Születési ideje: _____	Születési helye: _____
Adóazonosító jele: _____	
Állandó lakcíme: _____	
Levelezési lakcíme: _____	
Telefon: _____	E-mail cím: _____

Partner kódja: _____

Telefonszáma: _____

Szerződő (ha nem magánszemély)	
Cég neve:	
Székhely, fióktelep címe:	
Telephely (levelezési) címe:	
Cégjegyzékre, képviseletre jogosult családi és utóneve:	
Cég adószáma: _____	Mobiltelefon: _____

Biztosítás kezdete: _____

A kockázatviselés kezdete az első díj befizetését követő nap 0 óra.

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK \ CSOMAGOK	BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGEK (FT)				
	PRÉMIUM	MÉDIUM	SZINGLI	BÁZIS	GYEREK
Baleseti halál	12 000 000	8 000 000	150 000	6 000 000	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	18 000 000	15 000 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000
Baleseti kórházi napidíj (5. naptól, visszamenőleg)	10 000	8 000	8 000	5 000	5 000
Baleseti műtéti térítés	200 000	150 000	150 000	100 000	100 000
Baleseti plasztikai műtéti térítés	2 000 000	1 500 000	1 500 000	1 000 000	1 000 000
Csonttörés, csontrepedés	100 000	75 000	75 000	50 000	50 000
Égési sérülési térítés	1 000 000	750 000	750 000	500 000	500 000
Magánemberi felelősségbiztosítás	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Közúti közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (30%-tól, lineáris térítés)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Közúti közlekedési baleseti halál	2 000 000	2 000 000		2 000 000	
Tanulási támogatás min. 10 napos folyamatos kórházi tartózkodás esetén egyszeri térítés					100 000
ELSŐ BIZTOSÍTÁSI ÉVRE A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	30 000	23 000	18 000	16 000	13 000
MÁSODIK BIZTOSÍTÁSI ÉVTŐL A CSOMAG ÉVES BIZTOSÍTÁSI DÍJA (FT/FŐ)	24 000	19 000	15 000	13 000	10 000

Egy ajánlaton maximum 5 fő biztosítottat lehet felvenni. Minden biztosított egy tetszőleges csomagot választhat a fenti 5 csomagból. A legmagasabb díjú csomagot választott biztosítottakkal kezdje az alábbi táblázat kitöltését és rendezze a csomagok díjai szerint csökkenő sorrendbe a biztosítottakat. Egy csomag többször is választható!

	1. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (1))	2. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (2))	3. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (3))	4. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (4))	5. választott legmagasabb díjú csomag (Biztosított (5))
Csomag neve					
Biztosított neve					
Születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____
Kedvezményezett baleseti halál esetén					
Kedvezményezett születési dátuma	_____	_____	_____	_____	_____

Kérjük, az alábbi táblázatot töltsd ki, egy oszlopban csak egy csomag választható! Kérjük, a kitöltést mindig az első oszloptól kezdje! A fent kiválasztott csomaghoz tartozó díjat X-szelje be a lenti táblázat valamelyikében!

NEGYEDÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 7 800	<input type="checkbox"/> 7 176	<input type="checkbox"/> 6 552	<input type="checkbox"/> 5 928	<input type="checkbox"/> 5 304
Médiум	<input type="checkbox"/> 5 980	<input type="checkbox"/> 5 502	<input type="checkbox"/> 5 023	<input type="checkbox"/> 4 545	<input type="checkbox"/> 4 066
Szingli	<input type="checkbox"/> 4 680	<input type="checkbox"/> 4 306	<input type="checkbox"/> 3 931	<input type="checkbox"/> 3 557	<input type="checkbox"/> 3 182
Bázis	<input type="checkbox"/> 4 160	<input type="checkbox"/> 3 827	<input type="checkbox"/> 3 494	<input type="checkbox"/> 3 162	<input type="checkbox"/> 2 829
Gyerek	<input type="checkbox"/> 3 380	<input type="checkbox"/> 3 110	<input type="checkbox"/> 2 839	<input type="checkbox"/> 2 569	<input type="checkbox"/> 2 298

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

ÉVES DÍJFIZETÉS

	1. legmagasabb díj (Ft)	2. legmagasabb díj (Ft)	3. legmagasabb díj (Ft)	4. legmagasabb díj (Ft)	5. legmagasabb díj (Ft)
Kedvezmény	8%	16%	24%	32%	
Prémium	<input type="checkbox"/> 30 000	<input type="checkbox"/> 27 600	<input type="checkbox"/> 25 200	<input type="checkbox"/> 22 800	<input type="checkbox"/> 20 400
Médiум	<input type="checkbox"/> 23 000	<input type="checkbox"/> 21 160	<input type="checkbox"/> 19 320	<input type="checkbox"/> 17 480	<input type="checkbox"/> 15 640
Szingli	<input type="checkbox"/> 18 000	<input type="checkbox"/> 16 560	<input type="checkbox"/> 15 120	<input type="checkbox"/> 13 680	<input type="checkbox"/> 12 240
Bázis	<input type="checkbox"/> 16 000	<input type="checkbox"/> 14 720	<input type="checkbox"/> 13 440	<input type="checkbox"/> 12 160	<input type="checkbox"/> 10 880
Gyerek	<input type="checkbox"/> 13 000	<input type="checkbox"/> 11 960	<input type="checkbox"/> 10 920	<input type="checkbox"/> 9 880	<input type="checkbox"/> 8 840

Díjfizetési gyakoriság szerinti összdíj (Ft) _____
A választott csomagok összdíja

Díjfizetési mód: beszedési megbízás (inkasszó) átutalás csekk

Bankszámlaszám: _____ Elsődíjas csekk sorszáma: _____

Szerződő aláírása: _____

1. Alulírott szerződő kijelentem, hogy az ajánlatban foglalt kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő teljes körű válaszokat adtam. Kizárólagos felelősséget válllok minden általam közölt adat helyességéért. Az ajánlaton a biztosítással kapcsolatos igényeimet rögzítettem, az ajánlatban írásban rögzítettektől eltérő egyéb szóbeli megállapodások nem történtek. 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 kötve. Ha a kockázatelbírálási idő alatt a vonatkozó szerződési feltétel szerinti biztosítási esemény bekövetkezik, az ajánlatot a biztosító visszautasíthatja, ha az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása, illetve egyedi egészségügyi kockázatfelmérés szükséges.

Kijelentem, hogy gondnokság alatt nem állok, ügyeim viteléhez belátási képességgel bírok.

Alulírott szerződő elismerem, hogy az ajánlat aláírása előtt átvettem, megismertem és átanulmányozás után elfogadtam az általam igényelt kockázatok alábbiakban felsorolt általános, különös és kiegészítő biztosítási feltételeit, valamint az aláírást követően átvettem a Biztosítási termékismertetőt SIG3329 valamint az ajánlat egy példányát is.

FELTÉTELEK SIGNAL EXPRESSZ Csoportos Balesetbiztosítási Általános és Kiegészítő Szerződési Feltételek SIG 3310

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), • reaktiválásra 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.).

Szerződő aláírása: _____

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 alapbiztosításra 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 további tájékoztatást, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését, tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy a biztosításközvetítő jogosult-e és ha igen, akkor milyen korlátozásokkal az ügyfélről biztosítási díjat átvenni; • a biztosítási titok és személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalókat; • a szerződés jogának, illetve az alkalmazandó jognak a megjelölését; • a személyes adatok kezelésének célját, jogalapját, a kezelt adatok körét, az adatvédelmi tisztviselő elérhetőségeit, az adatkezelés időtartamát valamint a személyes adatok címzettjeit, illetve a címzettek kategóriáit; • a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos jogairól szóló tájékoztatást; • jogosult-e a biztosítótól az ügyfélnek járó összeg kifizetésében közreműködni.

Szerződő aláírása: _____

3. TERMÉKISMERTETŐ

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.

Szerződő aláírása: _____

4. HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Felhatalmazom háziorvosomat, valamint az egészségügyi ellátásomban résztvevő személyeket, hogy a kárelbíráláshoz szükséges az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak még elhalálozásom esetén is kiadják.

Szerződő aláírása: _____

5. NYILATKOZAT REKLÁM KÖZLÉSÉRŐL, ADATKEZELÉSRŐL (MAGÁNSZEMÉLYEK RÉSZÉRE)

Mint Szerződő, a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Bp., Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) részére, igen válasz esetén 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 tíz 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.

igen nem

Vállalom, hogy a fenti adataimban bekövetkezett változást 5 munkanapon belül bejelentem az alábbi elérhetőségek valamelyikén.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, 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 kérhet a személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a signal.hu nyitó oldal alján az Adatkezelési irányelvek alatti Dokumentumtárban található (http://www.signal.hu/hu/adatkezesi-iranyelveink), vagy a http://www.signal.hu/static/sw/file/dmtajekoztato.pdf linken érhető el.

Szerződő aláírása: _____

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum 4. pontjában foglalt „HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT” valamint az ajánlati lapon a rám vonatkozóan megjelölt kedvezményezett(ek) jelölés(é)hez kifejezett hozzájárulásomat adom.

Biztosított (1)* aláírása: _____ Biztosított (4)* aláírása: _____

Biztosított (2)* aláírása: _____ Biztosított (5)* aláírása: _____

Biztosított (3)* aláírása: _____ (* vagy törvényes képviselője)

Kelt: _____ év _____ hónap _____ nap

Biztosításközvetítő aláírása: _____
dr. Kálódi Tamás, elnök-vezérigazgató Csata Dénes, vezérigazgató-helyettes

Biztosításközvetítő MNB regisztrációs száma: _____ Biztosításközvetítő MT száma: _____

A Biztosító adatkezelés nyilvántartási száma: NAIH-87194/2015.

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

A SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. bankszámlaszáma: Takarékbank Zrt. 11500092-11041623-00000000.

Kérjük, a megjegyzés rovatba a kötvényszámot tüntesse fel!