

Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe

Szerződés azonosítója _____ Kötvényszám _____ Ajánlatszám _____

1. Fontos információk

- a) Kérjük, a jelen ajánlat kitöltése és aláírása előtt olvassa el az ajánlati/szerződéses nyomtatványokat, továbbá a Medicover Főrsákrings AB (publ) Magyarországi Fióktelepe által képviselt Biztosítóra (továbbiakban: Biztosító) és a fent megadott azonosítójú biztosítási szerződésre (továbbiakban: Szerződés) vonatkozó alábbi dokumentumokat (együttessen a továbbiakban: Szerződéses Dokumentumok): Ügyfélértékelő, Terméktájékoztató, Egészségbiztosítási Általános Feltételek és annak részét képező Szolgáltatások Listája (továbbiakban és együtt: Feltételek).
- b) Alulírott, Szerződő jelen ajánlattal és annak aláírásával kijelenti, hogy a Szerződés megkötése előtt megismerte, az azokban foglaltakat tudomásul vette és elfogadta, egyúttal meg is kapta a Biztosítóra és a Szerződésre vonatkozó Szerződéses Dokumentumokat, amelyekben szereplő előzetes írásbeli tájékoztatás alapján Szerződő biztosítási szerződés megkötését, illetve a Szerződés részét képező Biztosított Nyilatkozatát tevők Szerződésbe való beléptetését kezdeményezi.
- c) **Kérjük, hiánytalanul és olvashatóan, nyomtatott latin betűkkel töltsse ki a nyomtatványt (a sötétebb háttérszínnel jelölt részek kivételével). A nem teljes körű adatközlés késedelemhez vezethet. A bekért adatok mind szükségesek a biztosítás megkötéséhez.**

Szerződésre vonatkozó Feltételek: Medicover Egészségbiztosítási Általános Feltételek

más és címe: _____

 Kérjük, jelölje a megfelelő négyzetet. A Szerződéses Dokumentumokat átvettem, e-mailben megkaptam, letöltöttem a Biztosító/Közvetítő honlapjáról

 Kérjük, jelölje a megfelelő négyzetet. A Szerződő jogi személy (pl. Nyrt., Zrt., Kft., vagy intézmény) magánszemély, aki nem Biztosított

 más, de nem magánszemély, pl. jogi személyiséggel nem rendelkező gazdálkodó szervezet (Bt., egyéni vállalkozó, stb.)

 magánszemély, aki Biztosított **Kérjük ebben az esetben a Szerződő adatait a Biztosított Nyilatkozatán adja meg, ugorjon a Díjfizetés kezdő napjához.**
2. Szerződő adatai Vállalkozás, Intézmény adatai/Személyes adatok

Kérjük, húzza alá vagy adja meg az adat típusát, ahol ez szükséges.

 Név/Vezetéknév

 Név/Keresztnév
Székhely címe/Lakcím Város/Település

 Közterület neve és jellege (út, utca, tér, köz, stb.)

 Irányítószám Házszám Tömb Emelet Ajtó

 Bejegyzés száma/ Személyazonosító száma (Szem.ig./Útleve/____ száma)

 Adószám/Adóazonosító jel
Csak magánszemély Szerződő esetén töltendő ki. Állampolgárság

 Titulus _____ Születés ideje / / Nem Nő Férfi

Kapcsolattartó adatai Csak céges, intézményi Szerződő esetén töltendő ki.

 Név

 Titulus _____ Születés ideje / / Nem Nő Férfi

Kapcsolat Kérjük, magánszemély Szerződő esetén a Szerződő elérhetőségeit, céges illetve intézményi Szerződő esetén a Kapcsolattartó elérhetőségeit adja meg. Egy telefonszám, faxszám és e-mail megadása kötelező, ezen elérhetőségeket használja a Biztosító, a Medicover az Ügyféllel való kommunikáció során.

 Tel. + () - Mobil + () -

 Fax + () - E-mail _____ @ _____

3. Levelezési cím Kérjük, pipálja a megfelelő négyzetet.

 megegyezik a székhely címével/lakcímmel más **Kérjük, adja meg a levelezési címet ebben az esetben.**

 Város/Település

 Közterület neve és jellege (út, utca, tér, köz, stb.)

 Irányítószám Házszám Tömb Emelet Ajtó
4. Bankszámla adatai Bankszámla adatai, mely díjfizetéshez és visszatérítéshez használható.

 Számlavezető bank neve

 Számlaszám - -
Nem magyarországi pénzügyintézetnél vezetett bankszámla esetén kell kitölteni. SWIFT

 IBAN - - -

5. Díjfizetés kezdő napja
 / /

 Hónap elseje. A Biztosító külön engedélye hiányában: **a jelen ajánlat aláírása napjánál nem korábbi, ahhoz időben legközelebb eső hónap elseje.**
6. A biztosítás tartama
Határozatlanról eltérő tartamú szerződés engedélyköteles.

 határozatlan

 más
7. Biztosítási díjak és a díjfizetés adatai

Egy évnél rövidebb tartamánál egyszeri, egyébként éves díjat kell számolni. A kedvezményszámítás előtt, kérjük, számolja ki és írja be a Szerződés keretében Biztosítandó személyekre vonatkozó alapdíjak összegét, (teljes alapdíj = a biztosítottak alapdíjainak összege). Az alapdíjak a Díjszabásban szerepelnek.

Biztosítás teljes alapdíja (éves/egyszeri díj) összesen (A Ft):	_____ Ft			
Létszámkedvezmény (L%) egy évnél rövidebb tartamú szerződésnél illetve legalább 12 fő esetén engedélyköteles	__%			
Egyéb (pl. rövid tartam esetén) kedvezmény (neve) (E%): _____ engedélyköteles	__%			
Fizetési gyakoriság Kérjük, jelölje a választott fizetési ütemet. Havi fizetési ütem engedélyköteles.	<input type="checkbox"/> éves/egyszeri	<input type="checkbox"/> féléves	<input type="checkbox"/> negyedéves	<input type="checkbox"/> havi
Fizetési ütem szerinti pótdíj (F%) (A hatályos értékek változhatnak.)	__% 0%	__% 2%	__% 4%	__% 6%
Egyéb szerződéses pótdíj (neve) (P%): _____ (engedélyköteles)	__%			
Összes kedvezmény (pótdíjjal együtt) (K%=L%+E%-F%-P%)	__%			
Éves/Egyszeri díj a kedvezmény(ek) és pótdíj(ak) alapján kerekítve (D=A*(100-K)/100 Ft)	_____ Ft			
A biztosítás éves/egyszeri díja kedvezményekkel - betűkkel kiírva (Ft)	_____ forint			
A következő részt egyszeri díjas/egy évnél rövidebb tartamú biztosítási szerződésnél nem kell kitölteni				
A választott fizetési ütem szerinti díjrészlet számítása (R=D/d, ahol d a fizetési ütemtől függő osztó.) (havi fizetési gyakoriság esetén az első díj a díjrészlet 3-szorosa is lehet és ekkor negyedévre vonatkozik)	R=D d=1	R=D/2 d=2	R= D/4 d=4	R= D/12 d=12
A választott fizetési ütem szerinti díjrészlet (Ft)	_____ Ft			
A választott fizetési ütem szerinti díjrészlet betűkkel kiírva (Ft)	_____ forint			

8. Díjfizetési mód

Kérjük, jelölje a megfelelő négyzetet.

 átutalás csoportos beszedési megbízás (inkasszó) készpénz átutalási megbízás (csekk) bankkártya

 Engedélyköteles hitelkártya Kérjük, adja meg az alábbi adatokat. Telefonszám napközben +() -

 Kártyán szereplő név _____, Kártyaszám

 Érvényesség lejárata / / Aláírás (szükséges) _____

Számlázási cím _____

9. Biztosító számlájának adatai

díjfizetéshez

Biztosító számlavezetési neve Medicover

Számlavezető bank neve Erste Bank Nyrt.

Számlaszám 11600006-00000000-32582558

SWIFT GIBAHUHB

IBAN HU41 1160 0006 0000 0000 3258 2558

10. Ajánlathoz csatolt anyagok és Záradékok

 Egészségi Nyilatkozat II. (egyszerűsített) db Egészségi Nyilatkozat I. db

Egyéb, Záradék(ok), a közvetítő illetve a biztosító képviselőjének nyilatkozata

 Kelt _____, / /

Szerződő (cégszerű) aláírása

Kapcsolattartó aláírása (csak céges, intézményi kötés esetén)

Közvetítő neve _____

 Közvetítő kódja

Közvetítő aláírása _____

 Levelezés útja közvetítő Alkusz Szerződő

Adminisztráció tölti ki!

 Érkeztetés helye _____ Érkeztetés dátuma / / Archiválás azonosítója

 Az ajánlatot és díjjal fedezettséget ellenőrizte Név _____ Dátum / / Aláírás _____

Státusz: a) rögzíthető b) hiánypótlás, dijihiány c) tájékoztatás a biztosítási szerződés létre nem jöttéről, indok _____