

<b>Kötelezően kitöltendő adatok:</b>	Tanácsadó neve: _____
Biztosítási módozat neve: _____	Ajánlatszám: _____
Szerződő neve: _____	Születési hely, idő: _____
Adóazonosító / Adószám: _____	Anyja születési neve: _____
Állandó lakcím / Székhely: _____	
Cégeképviselőre jogosult neve: _____	Gyakoriság szerinti díj: _____ Ft
E-mail cím: _____	Telefonszám: _____
1. Biztosított neve: _____	2. Biztosított neve: _____

Amennyiben valamelyik nyilatkozat Önre nem vonatkozik, kérjük, egyértelmű áthúzással jelölje!

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki!  A megfelelő helyen így jelölje!

### Nyilatkozat elektronikus úton történő szerződés-kötés szabályainak elfogadásáról

Alulírott Szerződő a jelen nyilatkozat aláírásával **kijelentem**, hogy:

- A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően a biztosításközvetítőtől megfelelő tájékoztatást kaptam az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) részére elektronikus úton tett a fent megnevezett biztosítási ajánlattal kapcsolatos kötelezettségekről és az elektronikus úton történő szerződés-kötés szabályairól, így különösen a következőkről:
  - a szerződés-kötés technikai lépéseiről,
  - arról, hogy a szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül, melyről a biztosító fedezetigazolást (kötvényt) állít ki, melyet megküld részemre,
  - az adatok elektronikus rögzítése során felmerülő hibák azonosítását és kijavítását szolgáló lehetőségekről, valamint
  - arról, hogy a szerződés magyar nyelven jön létre.
- Tudomásul veszem**, hogy az ajánlat elektronikus ajánlatkészítő program alkalmazásával, Biztosításközvetítő közreműködésével, a Biztosításközvetítővel általam közölt adatok/nyilatkozatok alapján kerül rögzítésre, melyből a Biztosító elektronikus ajánlatkészítő rendszerében (továbbiakban: Elektronikus Ajánlatkészítő Rendszer) PDF formátumú elektronikus ajánlat generálódik. **Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a PDF formátumú elektronikus ajánlatot a szerződésre vonatkozó biztosítási feltételekkel, ügyfél-tájékoztatóval, nyilatkozatokkal együtt a Biztosító az ajánlat felvételét követően a jelen nyilatkozatban megadott e-mail címre haladéktalanul megküldi. Tudomásul veszem és elfogadom továbbá, hogy a Biztosító az Elektronikus Ajánlatkészítő Rendszerbe a megjelölt dokumentumokat az e-mail címre történő küldéssel egyidejűleg feltölti, egyúttal azokhoz interneten keresztül hozzáférést biztosít a részemre megküldött elektronikus levélben foglalt link segítségével.**
- Kifejezetten **vállalom**, hogy amennyiben a Biztosító az elektronikus ajánlat felvételét követő 1 munkanapon belül az ajánlatot a szerződésre vonatkozó biztosítási feltételekkel, ügyfél-tájékoztatóval és nyilatkozatokkal együtt a jelen nyilatkozatban megjelölt e-mail címre nem küldi meg, úgy azt haladéktalanul jelzem a 6. pontban megjelölt elérhetőségek valamelyikén.
- Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az elektronikus ajánlat érvényességének feltétele, hogy a Biztosító 2. pont szerinti elektronikus levelének megérkezését követően ajánlattételi szándékomat a megküldött ajánlat és mellékletei szerinti tartalommal megerősítem. Tudomásul veszem**, hogy az elektronikus ajánlatot – a Biztosító által megküldött linke kattintva – az Elektronikus Ajánlatkészítő Rendszer felületén, az ajánlat megerősítéséhez kapcsolódó nyilatkozattételt követően, a „Megerősítem” gomb megnyomásával tudom kizárólag megerősíteni, más módon nem. **Tudomásul veszem**, hogy az ajánlattételi szándékomat a Biztosító 2. pont szerinti elektronikus levelének kézhezvételétől számított **15 napon** belül, de legkésőbb az ajánlattétel hónapjának utolsó napjáig meg kell erősítenem. **Tudomásul veszem, hogy amennyiben az elektronikus ajánlatot a megjelölt határidőn belül és módon nem erősítem meg, úgy az ajánlat semmisenk minősül.**
- Tudomásul veszem**, hogy az ajánlattétel az elektronikus ajánlat 4. pont szerinti megerősítésével válik befejezetté, továbbá, hogy az ajánlat Biztosítóval történő joghatályos közlése a megerősítő nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésével valósul meg. **Tudomásul veszem**, hogy az elektronikus ajánlat 4. pont szerinti megerősítése esetén a Biztosító annak kézhezvételéről a jelen nyilatkozatban megjelölt e-mail címre részemre haladéktalanul visszaigazolást küld. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító által küldött visszaigazolás kizárólag az ajánlattételt megerősítő nyilatkozatom Biztosítóhoz történő beérkezését igazolja, az nem minősül a biztosítási ajánlat elfogadásának.
- Kifejezetten **vállalom**, hogy amennyiben az elektronikus ajánlat 4. pont szerinti megerősítését követő 1 munkanapon belül a Biztosító annak kézhezvételéről szóló visszaigazolást a jelen nyilatkozatban megjelölt e-mail címre nem küldi meg, úgy azt haladéktalanul jelzem a következő elérhetőségek valamelyikén: 1082 Budapest, Baross u. 1.; tel: (+36-1) 486-4343; fax: (+36-1) 486-4390; e-mail: info@union.hu.
- Tudomásul veszem**, hogy a létrejött szerződésről kiállított fedezetigazolást (kötvényt), továbbá a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatait a Biztosító írásban, postai úton, az elektronikus ajánlatban megjelölt lakcímemre, vagy – elektronikus kommunikáció választása esetén (8. pont) – elektronikus, a Biztosító által üzemeltetett online információk felületén (továbbiakban: Ügyfélportál) létrehozott felhasználói fiókomba küldi meg. **Tudomásul veszem**, hogy az 5. pont szerinti visszaigazolást követően a Biztosító a szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozatot a jelen nyilatkozatban megjelölt e-mail címre nem küld.
- Elektronikus kommunikáció választása esetén **vállalom**, hogy az Ügyfélportál szolgáltatásainak igénybevételéről szóló nyilatkozatot teszek. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az Ügyfélportál használatához szükséges felhasználónevet és az első belépéshez szükséges jelszavát a Biztosító küldi meg részemre elektronikus, a felhasználónevet e-mailben, a jelen nyilatkozatban megjelölt e-mail címre, míg az első belépéshez szükséges jelszót sms-ben, a jelen nyilatkozatban megjelölt mobilszámra történő küldéssel. **Vállalom**, hogy a részemre megküldött felhasználónév és jelszó segítségével az Ügyfélportál felületén létrehozott felhasználói fiókomat aktiválom, **vállalom** továbbá, hogy a felhasználói fiók tartalmát napi rendszerességgel ellenőrzöm. Amennyiben az Ügyfélportál szolgáltatásaira más biztosítási szerződés kapcsán már jogosultsággal rendelkezem, abban az esetben úgy nyilatkozom, hogy az Ügyfélportál szolgáltatásait az elektronikus ajánlat alapján létrejött, fent megnevezett biztosítási szerződésre is igénybe kívánom venni.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Szerződő aláírása

**Nyilatkozat elektronikus ajánlat elfogadásáról**

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatomat megelőzően elektronikusan rögzített ajánlatot tettem a fent megnevezett biztosítási szerződés megkötésére. Kijelentem továbbá, hogy az elektronikusan rögzített ajánlatból generált, **PDF formátumú elektronikus ajánlatot, annak az Átvett dokumentumok nyilatkozatban felsorolt mellékletével együtt a biztosító jelen nyilatkozatomat megelőzően az elektronikus ajánlatban megjelölt e-mail címemre megküldte.**

Kijelentem, hogy az elektronikus ajánlat az általam közölt adatokat és nyilatkozatokat (különösen a kedvezményezett jelölés, az Adóügyi illetőség és FATCA, Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó valamint az Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozat) helyesen tartalmazza, kijelentem továbbá, hogy a Biztosító által feltett kérdésre adott válaszok a valóságnak megfelelnek. **Jelen nyilatkozatommal a fent megnevezett biztosítás megkötésére tett elektronikus ajánlatomat megerősítem.** Tudomásul veszem, hogy az ajánlattétel az elektronikus ajánlat megerősítésével válik befejezetté, továbbá, hogy az ajánlat Biztosítóval történő joghatályos közlése a megerősítő nyilatkozat Biztosítóhoz történő beérkezésével valósul meg.

Tudomásul veszem, hogy az elektronikus ajánlat a Biztosító kockázatelbírálásának alapja, továbbá, hogy a Biztosítónak az elektronikus ajánlat beérkezésétől számított 15 – egészségi vizsgálat esetén 60 - nap áll rendelkezésére a kockázat elbírálására. **Tudomásul veszem, hogy a Biztosító a kockázatelbírálás eredményeként az ajánlatot jogosult elutasítani, az elutasítást nem köteles megindokolni.** Ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, a Biztosító az ajánlatot csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Szerződő aláírása

\_\_\_\_\_  
1. Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
2. Biztosított aláírása

**Általános tájékoztató a személyes adatok kezeléséről**

**Alulírott az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. – a továbbiakban: Biztosító – Ügyfeleként a Biztosítótól kapott megfelelő tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával az alábbi önkéntes és kifejezett nyilatkozatot teszem:**

Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-től azok kezelésére vonatkozóan. Az általam előzetesen átvett és megismert Adatkezelési tájékoztató a biztosító [www.union.hu](http://www.union.hu) weboldalán is elérhető. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, meglévő biztosítási szerződések módosítása és állományban tartása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, igények megállapítása.

Tudomásom van különösen arról, hogy:

- a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája az Adatkezelési tájékoztató 2. és 3. számú Függelékében található.
- amennyiben a biztosítás létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat, az elvégzett orvosi vizsgálat eredményét a biztosított az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében a közreműködő egészségügyi szolgáltatónál is megismerheti.
- biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása során a biztosítóval közölt, vagy a szolgáltatás teljesítése során megismert és keletkező személyes adataimmal kapcsolatban élhetnek többek között az adatokhoz való hozzáférési és helyesbítési jogommal, valamint az adathozzáféréstől való jogommal. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
1. Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
2. Biztosított aláírása

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok kezeléséről szóló tájékoztatás és hozzájárulás**

A Biztosító az Európai Parlament és Tanács 2016/679. Általános adatvédelmi rendeletének 9. cikk (1) bekezdése szerint személyes adatok különleges – egészségügyi adatok – kategóriáit is kezeli. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A Biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli (a létre nem jött szerződésekhez kapcsolódó adatokat is), ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

**Alulírott, a Biztosító Ügyfeleként a Biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:**

- a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a kockázat és szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítják. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában felmentem a titoktartási kötelezettség alól az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

**Alulírott, mint Biztosított kijelentem, hogy az elektronikus ajánlat Egészségi nyilatkozata az általam közölt adatokat helyesen, a valóságnak megfelelően tartalmazza.**

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
1. Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
2. Biztosított aláírása

**Gazdasági reklámtevékenységről szóló tájékoztatás és hozzájárulás**

**Alulírott, a Biztosító Ügyfeleként a Biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen hozzájárulok ahhoz, hogy:**

- a gazdasági reklámtevékenységről szóló 2008. évi XLVIII. tv. (Grt.) 6. §-ban foglaltak szerint részemre a Biztosító közvetlen megkeresés módszerével, így különösen elektronikus levelezés, közvetlen telefonos vagy személyes megkeresés vagy azokkal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámokat küldjön, ebből a célból a nevemet, lakcímemet, e-mail címemet és mobiltelefon számomat felhasználja.
- a Biztosító az előző céllal az adatokat a Grt. előírásainak megfelelően, a hozzájáruló nyilatkozat visszavonásáig tartja nyilván. A hozzájárulás bármikor, korlátozás és indoklás nélkül, ingyenesen visszavonható a Biztosító részére postai (1380 Budapest Pf. 1076.) vagy elektronikus úton (e-mail: dm@union.hu) megküldött nyilatkozattal. Jelen hozzájárulás megadása nem feltétele a biztosítási szerződés létrejöttének. Jelen hozzájárulást a Biztosított és a Szerződő egymástól függetlenül is megadhatják vagy megtagadhatják aláírásuk mellőzésével.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
1. Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
2. Biztosított aláírása

A szerződő azonosítását a jogszabályban foglaltak szerint elvégeztem.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Tanácsadó aláírása