

Adóigazgatási szám: 10491984-4-44

Tanácsadó neve: _____

Beérkezett:

Csoport azonosító szám: 17781293-5-44

Tanácsadó kódja: _____

Befizetett díj: _____

Befizetés dátuma: _____

Ajánlatszám: _____

Csekkazonosító: _____

Szerződő adatai Férfi Nő Gazdasági társaság

Név/Cégnév: _____

Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____

Adóazonosító jel/Adószám: _____ Mobil telefonszám: +36 ____ / _____

Céggjegyzékszám: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útlevel Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig

Azonosító okmány száma: _____

Lakcímkártya száma: _____

Jelenlegi foglalkozás/Fő tevékenységi kör: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Képviselőre jogosult neve: _____ Elérhetősége: _____ Beosztása: _____

Kiemelt közszereplői minőségről szóló nyilatkozat tétele kötelező, kérjük az ajánlathoz mellékelni a kitöltött Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó c. nyomtatványt! Igen válasz esetén szükséges a Nyilatkozat és adatlap a pénzeszköz forrására vonatkozóan elnevezésű nyomtatvány kitöltése és csatolása is!

1. Felnőtt biztosított adatai Férfi Nő Azonos a szerződéssel

Név: _____

Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Mobil telefonszám: +36 ____ / _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

2. Felnőtt biztosított adatai Férfi Nő

Név: _____

Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Mobil telefonszám: +36 ____ / _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Kedvezményezett

1. Biztosítottra:

Név: _____ Arány: _____ %

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

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

2. Biztosítottra:

Név: _____ Arány: _____ %

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Ha kedvezményezett jelölés külön nem történik, akkor a biztosított halálózása esetén az örökösei a kedvezményezettek, az egyéb szolgáltatásokra a biztosított jogosult. A kedvezményezett(ek)et biztosítottanként külön-külön kell megnevezni. Az arányokat kérjük egész számmal jelölni, melynek összege több kedvezményezett jelölése esetén is legfeljebb 100% lehet.

Több kedvezményezett jelölése esetén kérjük, a további kedvezményezettekről külön lapon (vagy kedvezményezett jelölő nyilatkozaton) szíveskedjék rendelkezni.

A biztosítás paraméterei

Haláleseti biztosítási összeg a biztosítottnak a biztosítás kezdetekor érvényes életkora szerint			1 fő felnőtt biztosítottra a biztosítás éves díja (Ft) a baleseti szolgáltatások alap biztosítási összege szerint										
18-30 éves	31-50 éves	51-60 éves	10 M Ft	11 M Ft	12 M Ft	13 M Ft	14 M Ft	15 M Ft	16 M Ft	17 M Ft	18 M Ft	19 M Ft	20 M Ft
3 000 000	1 000 000	500 000	24 000	25 200	26 400	27 600	28 800	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000
3 300 000	1 100 000	550 000	25 200	26 400	27 600	28 800	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200
3 600 000	1 200 000	600 000	26 400	27 600	28 800	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400
3 900 000	1 300 000	650 000	27 600	28 800	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600
4 200 000	1 400 000	700 000	28 800	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800
4 500 000	1 500 000	750 000	30 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000
4 800 000	1 600 000	800 000	31 200	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000	43 200
5 100 000	1 700 000	850 000	32 400	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000	43 200	44 400
5 400 000	1 800 000	900 000	33 600	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000	43 200	44 400	45 600
5 700 000	1 900 000	950 000	34 800	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000	43 200	44 400	45 600	46 800
6 000 000	2 000 000	1 000 000	36 000	37 200	38 400	39 600	40 800	42 000	43 200	44 400	45 600	46 800	48 000

Biztosítás kezdete: 20 _____ év _____ hó 1. nap

Tartama: 10 év

Haláleseti biztosítási összeg: 1. biztosítottra _____ Ft

Alap baleset-biztosítási összeg: _____ Ft

2. biztosítottra _____ Ft

1 fő felnőtt biztosítás díja: _____ Ft/év

1 fő felnőtt és gyermek(ek) együttes biztosítási díja (1fő felnőtt biztosítás éves díja +20%) _____ Ft/év

2 fő felnőtt / családi biztosítás díja (1fő felnőtt biztosítás éves díjának a kétszerese): _____ Ft/év

Díjfizetés gyakorisága: éves féléves negyedéves havi Díjfizetés gyakoriság szerinti minimális díj: 5 000 Ft

Díjfizetés módja: csoportos díjbeszedés banki átutalás postai csekk (havi díjfizetés esetén nem választható)

Gyakoriság szerinti díj összesen: _____ Ft

Pénzintézet neve: _____ Bankszámlaszám: _____ - _____ - _____

Az UNION Biztosító bankszámlaszáma: 11600006-00000000-14544390 A biztosító számlavezető pénzintézete: Erste Bank Hungary Zrt.

A biztosított(ak) nyilatkozata:

- A jelen ajánlatot megelőzően nem adtam be rokkantsági ellátásra vonatkozó kérelmet és az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóság korábban nem állapított meg számomra rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást.
 - A jelen ajánlatot megelőzően nem állapítottak meg nálam sem elmebeli fogyatékossgot (pl. skizofrénia, bipoláris zavart), sem alkoholbetegséget.
 - Nem fogyasztok és korábban sem fogyasztottam kábítószert.
 - Nem szenvedek a következő betegségekben, és jelenleg nem állok, korábban sem álltam kezelés alatt a következő betegségek miatt: idült szív- és keringési rendszeri betegségek (kivéve: magasvérnyomás); krónikus vesebetegségek; krónikus hasnyálmirigy gyulladás; krónikus májbetegségek.
 - A jelen ajánlat megtételét megelőző 5 éven belül nem diagnosztizáltak nálam rosszindulatú daganatos megbetegedést.
- Amennyiben a fenti kijelentések valamelyikére nem tud/nak igennel válaszolni, abban az esetben sajnós Ön/ök nem kötheti/k meg az UNION Mátrix élet- és balesetbiztosítást.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

1. Biztosított aláírása

2. Biztosított aláírása

Tudomásul veszem, hogy jelen ajánlat a biztosító kockázat-elbírálásának alapja, továbbá, hogy a biztosítónak az ajánlat beérkezésétől számított 15 nap áll rendelkezésére a kockázat elbírálására. Amennyiben a biztosító az ajánlat elbírálása során egészségi kockázatfelmérést végez a kockázat-elbírálási idő 60 nap.

Jelen ajánlat aláírásával tudomásul veszem, a kockázatalbírálási idő alatt a biztosító jogosult az ajánlat visszautasítására, még abban az esetben is, ha a biztosítási esemény bekövetkezik. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam jelen biztosítás feltételeinek a Ptk. rendelkezéseitől, valamint a szokásos szerződési gyakorlatról eltérő feltételeiről. A biztosítás ezen kikötéseit az ajánlat aláírása előtt megismertem. Az erről szóló tájékoztatást követően azokat elfogadom, magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Kijelentem, hogy az ajánlatot saját nevemben / _____ nevében eljárva teszem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Szerződő aláírása

1. Biztosított aláírása

2. Biztosított aláírása

A szerződő és biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem. _____

Tanácsadó aláírása