

Igényfelmérő

Az igényfelmérést a 2003. LX. törvény 166. § (1) pontja alapján végezzük.

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. jelen, tíz év határozott tartamra szóló, kockázati élet- és baleset-biztosítása anyagi segítséget nyújt a hátramaradottaknak a biztosított kockázatviselés ideje alatti váratlan elhalálása esetén, illetve pénzügyi támogatást jelent a biztosítottnak hirtelen bekövetkező balesete illetve következményei esetén.

A biztosított kijelenti, hogy biztosítási céljai kielégítésére az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás szolgáltatásai, tartama, díjfizetési feltételei teljes mértékben megfelelnek. Tudomásul veszi, hogy az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás díjfizetése forintban történik és a biztosítás lejáratáig, de legfeljebb a biztosított haláláig tart.

Biztosítási ajánlat

Adóigazgatási szám: 10491984-4-44	Képviselő neve: _____	Beérkezett:
Csoport azonosító szám: 17781293-5-44	Képviselő kódja: _____	
Befizetett díj: _____	Befizetés dátuma: _____	
Ajánlatszám: _____	Csekkazonosító: _____	

Alulírott, mint szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt-vel biztosítási szerződést kötök az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás Biztosítási Feltételek szerint, melyeket a szerződéskötés előtt megismertem, átvettem és tudomásul vettem. A biztosítási szerződés az alábbi szolgáltatásokkal, biztosítási összegekkel, díjfizetési feltételekkel és időtartammal jön létre:

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

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 ____ / _____
 Cégjegyzékszám: _____
 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: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 Jelenlegi foglalkozás/Fő tevékenységi kör: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb
 Képviselőre jogosult neve: _____ Elérhetősége: _____ Beosztása: _____

1. Felnőtt biztosított adatai Férfi Nő Azonos a szerződővel

Név: _____
 Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____
 Anyja születéskori neve: _____
 Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
 E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
 Adóazonosító jel: _____ 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
 Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útlevel Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 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
 E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
 Adóazonosító jel: _____ 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
 Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útlevel Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Kedvezményezett

1. Biztosítottra:

Név: _____

Anyja születéskori neve: _____

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

2. Biztosítottra:

Név: _____

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 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 FtAlap baleset-biztosítási összeg: Ft2. biztosítottra Ft 1 fő felnőtt biztosítás díja: Ft/év 1 fő felnőtt és gyermek(ek) együttes biztosítási díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díja +20%) Ft/év 2 fő felnőtt / családi biztosítás díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díjának a kétszerese): Ft/évDíjfizetés gyakorisága: éves féléves negyedéves havi Díjfizetés gyakoriság szerinti minimális díj: 5 000 FtDíjfizetés 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 nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedek semmilyen krónikus betegségben, nem állok sem járó-, sem fekvőbeteg ellátó intézményben folyamatos kezelés alatt, nincs semmilyen testi és elmebeli fogyatékoságom, munkaképességem teljes.

b) Az ajánlattételt megelőző 2 évben nem volt olyan megbetegedésem, baleseti sérülésem, ami 7 napot meghaladó fekvőbeteg intézményi kezelést, vagy több alkalommal történő járóbeteg kezelést igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet.

c) Nem fogyasztok kábítószerrel. Nem vagyok alkoholbeteg.

d) A jelen nyilatkozatot megelőzően nem adtam be rokkantsági ellátásra vonatkozó kérelmet az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz és részemre sem rokkantsági, sem rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Tudomásul veszem, hogy a biztosított adataiban történő változásokat 5 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

A biztosító 2000 Ft-ig külön értesítés nélkül módosíthatja az éves díjat.

Jelen ajánlat aláírásával igazolom, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező Igényfelmérőt, Biztosítási kötvényt, Nyilatkozatot, Ügyfél-tájékoztatót és Biztosítási Feltételeket megismertem és átvettem. Jelen ajánlat aláírásával kijelentem, hogy a fenti feltételek vastagon kiemelt kikötései az ajánlat-tétel előtt egyedileg megtárgyalásra kerültek, az abban foglaltakat megismertem és tudomásul veszem.

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

Szerződő aláírása_____
1. Biztosított aláírása_____
2. Biztosított aláírása

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

Képviselő aláírása

Igényfelmérő

Az igényfelmérést a 2003. LX. törvény 166. § (1) pontja alapján végezzük.

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. jelen, tíz év határozott tartamra szóló, kockázati élet- és baleset-biztosítása anyagi segítséget nyújt a hátramaradottaknak a biztosított kockázatviselés ideje alatti váratlan elhalálása esetén, illetve pénzügyi támogatást jelent a biztosítottnak hirtelen bekövetkező balesete illetve következményei esetén.

A biztosított kijelenti, hogy biztosítási céljai kielégítésére az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás szolgáltatásai, tartama, díjfizetési feltételei teljes mértékben megfelelnek. Tudomásul veszi, hogy az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás díjfizetése forintban történik és a biztosítás lejáratáig, de legfeljebb a biztosított haláláig tart.

Biztosítási ajánlat

Adóigazgatási szám: 10491984-4-44	Képviselő neve: _____	Beérkezett:
Csoport azonosító szám: 17781293-5-44	Képviselő kódja: _____	
Befizetett díj: _____	Befizetés dátuma: _____	
Ajánlatszám: _____	Csekkazonosító: _____	

Alulírott, mint szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt-vel biztosítási szerződést kötök az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás Biztosítási Feltételek szerint, melyeket a szerződéskötés előtt megismertem, átvettem és tudomásul vettem. A biztosítási szerződés az alábbi szolgáltatásokkal, biztosítási összegekkel, díjfizetési feltételekkel és időtartammal jön létre:

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

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 ____ / _____
 Cégjegyzékszám: _____
 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: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 Jelenlegi foglalkozás/Fő tevékenységi kör: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb
 Képviselőre jogosult neve: _____ Elérhetősége: _____ Beosztása: _____

1. Felnőtt biztosított adatai Férfi Nő Azonos a szerződővel

Név: _____
 Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____
 Anyja születéskori neve: _____
 Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
 E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
 Adóazonosító jel: _____ 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
 Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útlevel Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 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
 E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
 Adóazonosító jel: _____ 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
 Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útlevel Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Lakcímkártya betűjele és száma: _____
 Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Kedvezményezett

1. Biztosítottra:

Név: _____

Anyja születéskori neve: _____

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

2. Biztosítottra:

Név: _____

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 biztosítás paraméterei

Halálesi 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

Halálesi biztosítási összeg: 1. biztosítottra FtAlap baleset-biztosítási összeg: Ft2. biztosítottra Ft 1 fő felnőtt biztosítás díja: Ft/év 1 fő felnőtt és gyermek(ek) együttes biztosítási díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díja +20%) Ft/év 2 fő felnőtt / családi biztosítás díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díjának a kétszerese): Ft/évDíjfizetés gyakorisága: éves féléves negyedéves havi Díjfizetés gyakoriság szerinti minimális díj: 5 000 FtDíjfizetés 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 nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedek semmilyen krónikus betegségben, nem állok sem járó-, sem fekvőbeteg ellátó intézményben folyamatos kezelés alatt, nincs semmilyen testi és elmebeli fogyatékoságom, munkaképességem teljes.

b) Az ajánlattételt megelőző 2 évben nem volt olyan megbetegedésem, baleseti sérülésem, ami 7 napot meghaladó fekvőbeteg intézményi kezelést, vagy több alkalommal történő járóbeteg kezelést igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet.

c) Nem fogyasztok kábítószer. Nem vagyok alkoholbeteg.

d) A jelen nyilatkozatot megelőzően nem adtam be rokkantsági ellátásra vonatkozó kérelmet az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz és részemre sem rokkantsági, sem rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Tudomásul veszem, hogy a biztosított adataiban történő változásokat 5 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

A biztosító 2000 Ft-ig külön értesítés nélkül módosíthatja az éves díjat.

Jelen ajánlat aláírásával igazolom, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező Igényfelmérőt, Biztosítási kötvényt, Nyilatkozatot, Ügyfél-tájékoztatót és Biztosítási Feltételeket megismertem és átvettem. Jelen ajánlat aláírásával kijelentem, hogy a fenti feltételek vastagon kiemelt kikötései az ajánlat-tétel előtt egyedileg megtárgyalásra kerültek, az abban foglaltakat megismertem és tudomásul veszem.

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

Szerződő aláírása_____
1. Biztosított aláírása_____
2. Biztosított aláírása

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

Képviselő aláírása

Igényfelmérő

Az igényfelmérést a 2003. LX. törvény 166. § (1) pontja alapján végezzük.

Az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. jelen, tíz év határozott tartamra szóló, kockázati élet- és baleset-biztosítása anyagi segítséget nyújt a hátramaradottaknak a biztosított kockázatviselés ideje alatti váratlan elhalálása esetén, illetve pénzügyi támogatást jelent a biztosítottnak hirtelen bekövetkező balesete illetve következményei esetén.

A biztosított kijelenti, hogy biztosítási céljai kielégítésére az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás szolgáltatásai, tartama, díjfizetési feltételei teljes mértékben megfelelnek. Tudomásul veszi, hogy az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás díjfizetése forintban történik és a biztosítás lejáratáig, de legfeljebb a biztosított haláláig tart.

Biztosítási kötvény

Adóigazgatási szám: 10491984-4-44	Képviselő neve: _____	Beérkezett:
Csoport azonosító szám: 17781293-5-44	Képviselő kódja: _____	
Befizetett díj: _____	Befizetés dátuma: _____	
Ajánlatszám: _____	Csekkazonosító: _____	

Alulírott, mint szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt-vel biztosítási szerződést kötök az UNION-Mátrix élet- és baleset-biztosítás Biztosítási Feltételek szerint, melyeket a szerződéskötés előtt megismertem, átvettem és tudomásul vettem. A biztosítási szerződés az alábbi szolgáltatásokkal, biztosítási összeggel, díjfizetési feltételekkel és időtartammal jön létre:

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

Szerződő adatai <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő <input type="checkbox"/> Gazdasági társaság	
Név/Cégnév: _____	Állampolgárság: _____
Születéskori név: _____	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 _____	Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útlevél <input type="checkbox"/> Jogosítvány	Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
Azonosító okmány száma: _____	Kiállító hatóság: _____
Lakcímkártya betűjele és száma: _____	Jelenlegi foglalkozás/Fő tevékenységi kör: _____ <input type="checkbox"/> Alkalmazott <input type="checkbox"/> Önálló <input type="checkbox"/> Egyéb
Képviselőre jogosult neve: _____	Elérhetősége: _____ Beosztása: _____

1. Felnőtt biztosított adatai <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő <input type="checkbox"/> Azonos a szerződővel	
Név: _____	Állampolgárság: _____
Születéskori név: _____	Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____	Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
E-mail cím: _____	Vezetékes telefonszám: +36 _____ / _____
Adóazonosító jel: _____	Mobil telefonszám: +36 _____ / _____
Állandó lakcím: _____ ir.szám _____	Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Levelezési cím: _____ ir.szám _____	Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útlevél <input type="checkbox"/> Jogosítvány	Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
Azonosító okmány száma: _____	Kiállító hatóság: _____
Lakcímkártya betűjele és száma: _____	Jelenlegi foglalkozás: _____ <input type="checkbox"/> Alkalmazott <input type="checkbox"/> Önálló <input type="checkbox"/> Egyéb

2. Felnőtt biztosított adatai <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	
Név: _____	Állampolgárság: _____
Születéskori név: _____	Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____	Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
E-mail cím: _____	Vezetékes telefonszám: +36 _____ / _____
Adóazonosító jel: _____	Mobil telefonszám: +36 _____ / _____
Állandó lakcím: _____ ir.szám _____	Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Levelezési cím: _____ ir.szám _____	Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útlevél <input type="checkbox"/> Jogosítvány	Érvényesség ideje: _____ év _____ hónap _____ nap
Azonosító okmány száma: _____	Kiállító hatóság: _____
Lakcímkártya betűjele és száma: _____	Jelenlegi foglalkozás: _____ <input type="checkbox"/> Alkalmazott <input type="checkbox"/> Önálló <input type="checkbox"/> Egyéb

Kedvezményezett

1. Biztosítottra:

Név: _____

Anyja születéskori neve: _____

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

2. Biztosítottra:

Név: _____

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 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 FtAlap baleset-biztosítási összeg: Ft2. biztosítottra Ft 1 fő felnőtt biztosítás díja: Ft/év 1 fő felnőtt és gyermek(ek) együttes biztosítási díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díja +20%) Ft/év 2 fő felnőtt / családi biztosítás díja (1 fő felnőtt biztosítás éves díjának a kétszerese): Ft/évDíjfizetés gyakorisága: éves féléves negyedéves havi Díjfizetés gyakoriság szerinti minimális díj: 5 000 FtDíjfizetés 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 nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedek semmilyen krónikus betegségben, nem állok sem járó-, sem fekvőbeteg ellátó intézményben folyamatos kezelés alatt, nincs semmilyen testi és elmebeli fogyatékoságom, munkaképességem teljes.

b) Az ajánlattételt megelőző 2 évben nem volt olyan megbetegedésem, baleseti sérülésem, ami 7 napot meghaladó fekvőbeteg intézményi kezelést, vagy több alkalommal történő járóbeteg kezelést igényelt volna. Jelenleg sem terveznek nálam műtétet.

c) Nem fogyasztok kábítószer. Nem vagyok alkoholbeteg.

d) A jelen nyilatkozatot megelőzően nem adtam be rokkantsági ellátásra vonatkozó kérelmet az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz és részemre sem rokkantsági, sem rehabilitációs ellátást nem állapítottak meg.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Tudomásul veszem, hogy a biztosított adataiban történő változásokat 5 napon belül be kell jelenteni a biztosítónak.

A biztosító 2000 Ft-ig külön értesítés nélkül módosíthatja az éves díjat.

Jelen ajánlat aláírásával igazolom, hogy az ajánlati dokumentáció részét képező Igényfelmérőt, Biztosítási kötvényt, Nyilatkozatot, Ügyfél-tájékoztatót és Biztosítási Feltételeket megismertem és átvettem. Jelen ajánlat aláírásával kijelentem, hogy a fenti feltételek vastagon kiemelt kikötései az ajánlat-tétel előtt egyedileg megtárgyalásra kerültek, az abban foglaltakat megismertem és tudomásul veszem.

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

Szerződő aláírása

1. Biztosított aláírása

2. Biztosított aláírása

A szerződő és biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

Képviselő aláírása

Lehel Gábor
elnök-vezérigazgató

Bóna Katalin
életbiztosítási
ügyvezető igazgató

UNION Vienna Insurance Group
Biztosító Zrt.