

Az **UNION-Nyugdíj Program** egy forint alapú – az ügyfél által választott és átcsoportosítható – befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó, egyszeri díjas, határozott tartamú nyugdíjbiztosítás, amely a biztosított által a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló jogszabály szerinti nyugdíj szolgáltatásra való jogosultság megszerzéséig és tényleges nyugdíjba meneteléig, illetve az öregségi nyugdíjkorhatár elérésig tart. A biztosítás fedezetet nyújt továbbá a biztosított halálára, valamint egészségi állapotának a társadalombiztosítás által megállapított legalább 40%-os mértékű károsodására is. A biztosítást kizárólag természetes személy kötheti meg. A biztosítás haláleseti szolgáltatása a haláleseti biztosítási összeg és a szerződés aktuális kötvényértéke közül a magasabb, a biztosításba beépített egészségkárosodás biztosítási összege pedig 400 000 Ft. A biztosító a biztosítási szolgáltatások a biztosítottnak, illetve a haláleseti szolgáltatás esetén a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje részére a szerződésben meghatározott feltételek fennállása esetén bónusz kifizetést teljesít.

A szerződő és a biztosított kijelenti, hogy:

- a biztosítás megkötésével elsődleges célja a biztosított nyugdíjas évei pénzügyi biztonságának megteremtése
- a feltételeket megismerte, és ennek ismeretében igényeinek teljes mértékben megfelel az UNION-Nyugdíj Program biztosítás

szerződő / biztosított aláírása

Kötvényszám: _____	Ajánlatszám: _____	Beérkezett:
Adószám: 10491984-4-44	Tanácsadó neve: _____	
Csoport azonosító szám: 17781293-5-44	Tanácsadó kódja: _____	
Befizetett díj: _____	Dátum: _____ Ellenőrizte: _____	

Szerződő 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: _____-tól _____-ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____ Lakcímkártya betűjele és száma: _____
Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Biztosított személy (ha nem azonos a szerződővel) 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: _____-tól _____-ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____ Lakcímkártya betűjele és száma: _____
Jelenlegi foglalkozás: _____ Alkalmazott Önálló Egyéb

Biztosítás paraméterei

Biztosítás kezdete: _____ év _____ hó 01. nap
Biztosítás lejárat: a biztosítás kezdetekor hatályos törvény szerint irányadó öregségi nyugdíjkorhatár betöltése a biztosítottra vonatkozóan
Díjfizetés gyakorisága: egyszeri Díjfizetés módja: banki átutalás A biztosítás egyszeri díja: _____ Ft
Szerződő bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____
Szerződő számlavezető pénzintézetének neve: _____
Az UNION Biztosító bankszámlaszáma: ERSTE Bank Hungary Zrt. 11600006 – 00000000 – 14544390
Az egészségbiztosítás biztosítási összege: 400 000 Ft, kockázati díja 160 Ft/hó.
A haláleseti kockázat díja 100 000 Ft kockázatnak kitett összegre vonatkozóan: 166 Ft/hó.

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

Kedvezményezettek a biztosított halálakor

Ha kedvezményezett jelölés nem történik, akkor a biztosított halála esetén a biztosított örököse(i) a kedvezményezett(ek). Kérjük, hogy a kedvezményezettek arányokat úgy töltsé ki, hogy az arányok összege 100%-ot adjon!

Név: _____ Arány: _____

Anyja születéskori neve: _____ Születési hely: _____ Születési idő: _____

Név: _____ Arány: _____

Anyja születéskori neve: _____ Születési hely: _____ Születési idő: _____

Név: _____ Arány: _____

Anyja születéskori neve: _____ Születési hely: _____ Születési idő: _____

Befektetések eszközalapok közötti felosztása

Kérjük, a lenti mezőket úgy töltsé ki, hogy az összeg pontosan 100%-ot adjon!

Választható eszközalapok	Díjfelosztás aránya
--------------------------	---------------------

Optimax 2025 Cél dátum Vegyes	_____ %
-------------------------------	---------

Optimax 2030 Cél dátum Vegyes	_____ %
-------------------------------	---------

Optimax 2035 Cél dátum Vegyes	_____ %
-------------------------------	---------

Optimax 2040 Cél dátum Vegyes	_____ %
-------------------------------	---------

UNION-Euro Részvény	<input type="checkbox"/> 100 %
---------------------	--------------------------------

Közép-európai Részvény	_____ %
------------------------	---------

UNION-Dinamikus Fejlődő Piacok Részvény	_____ %
---	---------

UNION-Ázsiai Részvény	_____ %
-----------------------	---------

Arany	_____ %
-------	---------

Abszolút	_____ %
----------	---------

USA Részvény	_____ %
--------------	---------

Liechtenstein Aktív Vegyes	_____ %
----------------------------	---------

Aktív Hazai Kötvény	_____ %
---------------------	---------

_____	_____ %
-------	---------

_____	_____ %
-------	---------

_____	_____ %
-------	---------

Árfolyam-monitor: igen nem (Kérjük, ha igennel válaszolt, az Árfolyam-monitor nyilatkozatot mellékelje!)

Biztosítotti nyilatkozat

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedek semmilyen krónikus betegségben, és ebből kifolyólag nem állok sem járó-, sem fekvőbeteg ellátó intézményben kezelés alatt. Kábítószer nem fogyasztok. Nem vagyok alkoholorvosbeteg.

Biztosítottként kijelentem, hogy:

nincs semmilyen testi és elmebeli fogyatékságom, munkaképességem teljes

40% alatti egészségkárosodással bírok az ajánlat aláírásakor, melynek mértéke: _____% (Kérjük az egészségkárosodás mértékét igazoló dokumentumok másolatát mellékelje!)

Jelen ajánlat aláírásával tudomásul veszem, hogy a 15 nap tartamú kockázatbírálási idő alatt a biztosító jogosult az ajánlat elutasítására, még abban az esetben is, ha a biztosítási esemény bekövetkezik.

Jelen ajánlat aláírásával igazolom, hogy a biztosítási ajánlatot valamint mellékleteit: Adózási tájékoztatót, Nyilatkozatot életbiztosításhoz, Hozzájáruló nyilatkozatot, Ügyfél-tájékoztatót, Általános Biztosítási Feltételeket Befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó élet- és nyugdíjbiztosításhoz, az UNION-Nyugdíj Program befektetési eszközalapokhoz kapcsolódó, egyszeri díjas nyugdíjbiztosítás Különös Biztosítási Feltételeit és mellékleteit, Árfolyam-monitor Kiegészítő Biztosítási Feltételeket, Árfolyam-monitor Nyilatkozatot, TKM tájékoztatót, Átvett dokumentumok listáját, továbbá _____

_____ - (e)t megismertem és átvettem.

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

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam jelen biztosítás feltételeinek mind a Ptk. rendelkezéseitől, mind a szokásos szerződési gyakorlatlól eltérő feltételeiről. Az erről szóló tájékoztatást követően jelen biztosítás feltételeinek ezen rendelkezéseit elfogadom, azokat magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

szerződő aláírása

biztosított aláírása

A szerződő és biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

tanácsadó aláírása