



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Med Help III. Betegségbiztosítás

Ajánlat

Ajánlatszám:

Kötvényszám:

Érkeztetés:

Szerződő (ha magánszemély)

Partnerkód:

Neme: férfi nő

Családi és utóneve:

Születés kori (előző, leánykori) neve:

Születési idő:

Születési hely:

Állampolgársága:

Foglalkozása (tényleges tevékenysége):

Édesanyja születés kori családi és utóneve:

Lakcíme / ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Levelezési címe / ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Tel./fax:

E-mail cím:

Szerződő (ha nem magánszemély)

Partnerkód:

Cég teljes neve:

Cég cégjegyzék (azonosító okirat) száma:

Cég adószáma:

Székhely, fióktelep címe / ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Cég e-mail címe:

Cégjegyzésre, képviselőre jogosult családi és utóneve:

Születési idő:

Születési hely:

Biztosított

Partnerkód:

Azonos a szerződéssel: igen nem

Neme: férfi nő

Családi és utóneve:

Születés kori (előző, leánykori) neve:

Születési idő:

Születési hely:

Állampolgársága:

Foglalkozása (tényleges tevékenysége):

Édesanyja leánykori (születés kori) családi és utóneve:

Lakcíme / ir. sz., helység, utca, házszám, emelet, ajtó:

Tel./fax:

E-mail cím:

Szerződés egyéb adatai Termékkód: <input type="text"/>	Biztosítás és díjfizetés kezdete: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap Kockázatviselés lejárata: <input type="checkbox"/> 65 éves korban <input type="checkbox"/> 70 éves korban <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap Díjfizetés gyakorisága: <input type="checkbox"/> éves <input type="checkbox"/> féléves <input type="checkbox"/> negyedéves <input type="checkbox"/> havi Díjfizetés módja: <input type="checkbox"/> bankkártyás díjfizetés <input type="checkbox"/> csekk <input type="checkbox"/> banki átutalás (lehívással) <input type="checkbox"/> banki átutalás (egyéni) <input type="checkbox"/> gazdálkodó szerv számlájáról Szerződő utalási bankszámla száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
Díjszámítás	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Biztosítási csomag neve</th> <th>Alapdíj (Ft/év)</th> <th>Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)</th> <th>Fizetendő díj (Ft/év)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bázis 325</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Standard 326</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Optimum 327</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prémium 328</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Biztosított belépési kora: <input type="text"/> <input type="text"/> Befizetendő díjelőleg (minimum 2 havi díj): <input type="text"/> Ft Gyakoriság szerint fizetendő díj: <input type="text"/> Ft Díjelőleg csekk sorszáma: <input type="text"/>	Biztosítási csomag neve	Alapdíj (Ft/év)	Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)	Fizetendő díj (Ft/év)	<input type="checkbox"/> Bázis 325	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Standard 326	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Optimum 327	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Prémium 328	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biztosítási csomag neve	Alapdíj (Ft/év)	Díjfizetési gyakoriság miatti pótdíj (%)	Fizetendő díj (Ft/év)																		
<input type="checkbox"/> Bázis 325	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Standard 326	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Optimum 327	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> Prémium 328	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		

Általános nyilatkozatok, hozzájárulások

- A Szerződő és a Biztosított aláírásukkal igazolják, hogy a biztosítási feltételeket, Ügyféltájékoztatót és a biztosítási termékismertetőt megismerték, tudomásul vették, elfogadták, és annak egy példányát átvették.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban és az egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek, azokat pontosan jegyezték le, valamint tudomásul veszik, hogy valótlan adatok közlése vagy a valós adatok elhallgatása a Biztosító mentesülését vonhatja maga után.
- A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy rendelkeznek felhatalmazással a kedvezményezett adatainak megadására, továbbá a Szerződő vállalja az adatvédelmi tájékoztatás átadását a kedvezményezett részére.
- Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a **bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől** függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Az adatkezeléssel kapcsolat további információt az Általános betegségbiztosítási feltételek „**Adatkezelés, Adatvédelem**” című pontja tartalmazza.
- A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket (ld. az Általános betegségbiztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja) elolvasták, megértették és tudomásul vették.
- Alulírott Biztosított kijelenti, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint az adatvédelmi rendelkezéseket is tartalmazó biztosítási feltételeket **elolvasta, megértette és tudomásul vette**, és hozzájárul a biztosítási szerződés megkötéséhez.
- A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a jelen ajánlatban rögzített adataik, **valamint a biztosított foglalkozásának és szabadidős tevékenységének** megváltozását 15 munkanapon belül írásban kell jelenteniük a Biztosítónak.
- A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a Biztosítónak jogában áll a jelen egészségügyi vizsgálathoz kötött ajánlatot – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységhez történő beérkezéstől számított – 60 napos határidőn belül indokolás nélkül elutasítani. Az ajánlattal egyidejűleg beszedett díjelőleget a Biztosító jelen ajánlat elfogadása esetén díjfizetésként betudja, az ajánlat elutasítása esetén pedig a Szerződő részére visszautalja.
- Szóbeli közlések vagy kikötések csak akkor érvényesek, ha azokat a Biztosító illetékes szerve írásban igazolja.
- A Biztosító jelen ajánlaton kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy az ajánlatot a Biztosító visszautasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
- Kijelentem, hogy igényeim és szükségleteim felmérésére pontosan került sor. tanácsadás történt nem történt tanácsadás
- Megértettem, hogy a jelen biztosítási értékesítés során tanácsadásban részesültem, amely során az igényeimnek és szükségleteimnek leginkább megfelelő termék kiválasztása történt meg.
Kijelentem továbbá, hogy a tanácsadás minősége és terjedelme vonatkozásában nincs kifogásom.
- A tanácsadással kapcsolatban a következő kifogásokkal élek: _____

Dátum: _____

A magánszemély szerződő aláírásával igazolja, hogy a szerződést saját nevében köti. Nem magánszemély szerződő esetén a szerződés aláírója kijelenti, hogy ő jogosult a jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező más szervezet képviselőjére.

szerződő aláírása

Biztosításközvetítő neve:

Kódja:

Területi kódja:

Felügyeleti nyilvántartási száma:

biztosított/törvényes képviselő aláírása (ha nem azonos a szerződővel)



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Nyilatkozat

A biztosítóról és az általam választott **Med Help III.** nevű betegségbiztosítási termékről a biztosítási szerződés megkötése előtt tájékoztatást kaptam, és az általam átvett dokumentumok tartalmát az ajánlat aláírása előtt megismertem.

Az átvett dokumentumok felsorolása

1. Általános betegségbiztosítási feltételek 005
2. A Med Help III. betegségbiztosítás szerződési feltételei. Termékkód: 325, 326, 327, 328
3. A Med Help III. betegségbiztosítás függelékei
4. A Med Help III. betegségbiztosításhoz tartozó ügyféltájékoztató
5. A Med Help III. betegségbiztosításhoz tartozó Egészségügyi Nyilatkozat
6. Biztosítási termékismertető
7. _____
8. _____

Dátum: _____

_____ a szerződő aláírása

_____ biztosított/törvényes képviselő aláírása
(ha nem azonos a szerződéssel)

Nyilatkozat elektronikus kommunikációról

Szerződő kérem, hogy jelen nyilatkozatom megtételét követően az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) valamennyi jelen szerződésemmel kapcsolatos nyilatkozatot, dokumentumot, szolgáltatással összefüggő lényeges információt, így akár biztosítási titkokat is, elektronikus úton küldjön meg részemre az általam szerződéshez megadott mindenkori e-mail címre, vagy telefonszámra. Tudomásul veszem, hogy kivételt képezhetnek az elektronikus kommunikáció alól a jogszabályban meghatározott esetek, vagy egyéb fontos, például technikai, biztonsági okok, üzemzavar esete.

Tudomásul veszem, hogy a megadott adatok valóságáért felelősséggel tartozok, azok megváltozását, megszűnését a Biztosítónak haldéktalanul köteles vagyok bejelenteni. Tudomásul veszem, hogy ezen kötelezettség megszegéséből, késedelmes vagy hibás teljesítéséből, valamint a Biztosító ellenőrzési körén kívül felmerülő hibákból, üzemzavarokból eredő károkért, a Biztosító nem vállal felelősséget. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatom az UNIQA Befektetéskezelő rendszerre nem vonatkozik.

Tudomásul veszem, hogy jelen hozzájárulásomat a kötvényszám feltüntetésével az 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. címre a Biztosítónak címzett postai küldeményben, vagy a jelen nyilatkozathoz tartozó mindenkori e-mail címről az info@uniqa.hu e-mail címre megküldött elektronikus levél formájában bármikor visszavonhatom.

Elektronikus kommunikációt választok*

A nyilatkozatban foglaltakat tudomásul vettem és magamra nézve kötelezőnek tekintem:

Dátum: _____

_____ szerződő aláírása

* Figyelem, ebben az esetben e-mail cím megadása kötelező!

Hozzájáruló nyilatkozat marketing megkereséshez

Jelen nyilatkozattal adott kifejezett hozzájárulásommal feltétel nélkül beleegyezek abba, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. marketing tevékenység, valamint közvetlen üzletszerzés céljából elektronikus levelezés vagy más egyéni kommunikációs eszköz útján, és postai úton megkeressen. Jelen közvetlen megkereséshez adott hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás és indokolás nélkül, ingyenesen visszavonható **névvel, születési idővel, lakcímmel és partnerkóddal ellátott** és a következő e-mail címre megküldött nyilatkozattal: lemondom@uniqa.hu; postai úton: UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. „Központi szerződés-feldolgozási osztály” címre.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban foglalt hozzájárulás megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Hozzájárulok Nem járulok hozzá

Dátum: _____

_____ szerződő aláírása