

Szerződés módosítása

A SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás általános, különös és kiegészítő feltételei alkalmazásával

Kötvényszám:	Biztosításközvetítő kódja:
Szerződő neve:	
Szerződő születési helye, dátuma:	Anyja neve:

SZERZŐDŐRE VONATKOZÓ RENDELKEZÉS

1. SZERZŐDŐ TOVÁBBI ADATAI KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELVÉTELE ESETÉN

Személyazonosító okmány típusa:	Személyazonosító igazolvány	Útlevel	Vezetői engedély	Magyarországi tartózkodásra jogosító személyazonosító igazolvány
Betűjele/száma:	Érvényességi ideje:			
Lakcímet igazoló hatósági igazolvány betűjele/száma:	nincs			
Alulírott szerződő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el: igen nem Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”.	Alulírott szerződő személy kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök. igen nem Amennyiben a válasz igen, kötelező kitölteni a „Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat” c. nyomtatványt.			

2. SZERZŐDŐ TOVÁBBI ADATAI (HA NEM MAGÁNSZEMÉLY) KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS FELVÉTELE ESETÉN

E-mail cím:					
(Képviselőre jogosult) Személyazonosító okmány típusa:	Személyazonosító igazolvány	Útlevel	Vezetői engedély	Magyarországi tartózkodásra jogosító személyazonosító igazolvány	
Betűjele/száma:	Érvényességi ideje:				
Lakcímet igazoló hatósági igazolvány betűjele/száma:	nincs				
(Céges szerződés esetében kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”).					

BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK	CSOMAGOK BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGE (Ft)				
	Top	Top Plusz	Top Prémium	Gyermek*	Családi kiterjesztés**
Baleseti halál	12 000 000	17 000 000	22 000 000	–	1 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (15%-35%)	8 000 000	12 000 000	16 000 000	8 000 000	1 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (36%-66%)	12 000 000	18 000 000	24 000 000	12 000 000	2 000 000
Baleseti maradandó egészségkárosodás (67%-)	24 000 000	36 000 000	45 000 000	24 000 000	4 000 000
Baleseti kórházi napidíj	12 000	15 000	20 000	12 000	6 000
Baleseti eredetű plasztikai műtét	1 000 000	1 500 000	2 000 000	1 000 000	–
Baleseti csonttörés	50 000	125 000	200 000	50 000	25 000
Lágy részek sérülése	50 000	50 000	50 000	50 000	25 000
Égési sérülés	500 000	750 000	1 000 000	500 000	–
Tanulási támogatás	–	–	–	100 000	–
Baleseti műtéti térítés	250 000	350 000	500 000	250 000	125 000
Baleseti keresőképtelenség	100 000	150 000	200 000	–	–
Gyerek-segély	–	–	–	–	25 000

Kérem a Családi kiterjesztést

* Gyermek csomag biztosítottja 1-20 éves belépési életkorú személy lehet.

** A családi kiterjesztés biztosítottjai a szerződéssel azonos lakcímen lakó férj/feleség/bejegyzett élettárs, gyermek, akik nem rendelkeznek a szerződésben egyéb biztosítási csomaggal.

Szerződés módosítása

A SIGNAL TESTRESZABOTT VÉDELEM Csoportos baleset-, élet- és egészségbiztosítás általános, különös és kiegészítő feltételei alkalmazásával

Kötvényszám:

BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

2. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Meglévő biztosított a megadott kötvényszámú szerződésben

Új biztosított a megadott kötvényszámú szerződésben

Biztosított neve:

Biztosított lakcíme:

Születési dátuma:

Állampolgársága:

Anyja születési neve:

Pontos munkatevékenysége:

Testmagassága:

cm

Testsúlya:

kg

3. ALAPBIZTOSÍTÁS MÓDOSÍTÁSA/FELVÉTELE

Meglévő alapbiztosítás csomagjának módosítása

Új biztosított alapbiztosításának kiválasztása

Választott alapbiztosítási csomag: TOP TOP PLUSZ TOP PRÉMIUM GYERMEK

4. KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK FELVÉTELE (Kérjük jelölje a megfelelőt!)

Mindkét opció választása is lehetséges amennyiben rendelkezik kiegészítő biztosítással és ezen szeretne módosítani és új kiegészítő biztosítást/biztosításokat is igényelne. Kérjük adja meg a választott kiegészítő biztosítás(ok) biztosítási összegeit (Kockázati kiegészítő biztosítás és Kritikus betegségek kiegészítő biztosítás esetén)

Meglévő kiegészítő biztosítás biztosítási összegének módosítása

Új kiegészítő biztosítás felvétele

Kiegészítő biztosítások megnevezése

Biztosítási összeg/biztosítási limit (Ft)

Kockázati kiegészítő biztosítás

Nyilatkozat a dohányzási szokásokról

Nem dohányzik, vagy napi 6 szálnál kevesebbet szív

Napi 6 szálnál többet szív

Tartam: 15 év 20 év 25 év 30 év határozatlan

Kritikus betegségek kiegészítő biztosítás

Tartam: 15 év 20 év 25 év 30 év határozatlan

Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás

-

Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás

1 000 000 Ft

5. ALAP ÉS/VAGY KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS(OK) TÖRLÉSE A MEGNEVEZETT BIZTOSÍTOTTRA (Kérjük jelölje a megfelelőt!)

Alap és kiegészítő biztosítás(ok) törlése

Az alábbi kiegészítő biztosítás(ok) törlése:

Kockázati kiegészítő biztosítás

Kritikus betegségek kiegészítő biztosítás

Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő egészségbiztosítás

Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó kiegészítő biztosítás

Kötvéyszám:

Hatályos: 2024.10.28-tól

6. KEDVEZMÉNYEZETTEK ELHALÁLOZÁS ESETÉN

Kérjük jelölje a megfelelőt: Korábban megadott kedvezményezett(ek) módosítása. Új biztosított felvétele esetén kedvezményezett jelölés.

Örökösök (100%) Név szerinti kedvezményezettek:

Családi és utóneve:			
Születési neve:			
Születési helye, ideje:			
Anyja születési neve:			
Lakcíme:			
Részarány:	%	%	%

7. EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT**Kockázati-, Kritikus betegségek-, és Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló kiegészítő biztosítások felvétele/ Kockázati- és Kritikus betegségek kiegészítő biztosítások biztosítási összegének emelése esetén kérjük kitölteni.**

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy nem szenvedtem és jelenleg sem szenvedek sem akut, sem krónikus betegségben – kivétel egyszerű szövödménymentes nátha, influenza, heveny maradvány tünetek nélkül gyógyult fertőző betegségek – nem álltam és nem állok sem szakorvosi-, sem fekvőbeteg-ellátó intézményben kezelés alatt. Különös tekintettel nem szenvedek / nem szenvedtem szív- és érrendszeri (pl. magas vérnyomás, szívritmus zavar, koszorúér) betegségben, légzőszervi, emésztőszervi, vese-, húgy- és ivarszervi, idegrendszeri (pl. epilepszia) vagy pszichés betegségben, mozgásszervi, vérképzőszervi, immunrendszeri, hormonrendszeri, anyagcsere (pl. cukorbetegség), bőr- és daganatos megbetegedésben. Nincs örökletes vagy veleszületett megbetegedésem. Nincs semmilyen testi, értelmi vagy érzékszervi akadályozottságom, nem szenvedek némaságban, siketségben, csökkent hallóképességben vagy vakságban. Kijelentem, hogy nem szedtem/szedek rendszeresen gyógyszert és nem állok gyógyszeres kezelés alatt. Nem volt olyan baleseti sérülésem, ami fekvőbeteg intézményi kezelést vagy több alkalommal történő járóbeteg ellátást igényelt volna. Jelenleg sem tervezek nálam műtétet. Nincs megállapított munkaképesség- csökkenésem, nem részesülök rokkantsági vagy rehabilitációs ellátásban, nyugdíjban, járadékban és nem nyújtottam be ennek megállapítására irányuló kérelmet sem. Jelenleg nem vagyok keresőképtelen állományban, munkaképességem teljes. Nincs káros szenvedélyem, korábban sem volt és jelenleg sem szenvedek alkoholfüggőségben. Kevesebb cigarettát szívok napi 20 szálnál. A fentiek alapján tehát ki tudom jelenteni, hogy az egészségi nyilatkozatban foglaltaknak maradéktalanul megfelelek, mert legjobb tudomásom szerint egészséges vagyok. Alulírott leendő biztosított kijelentem, hogy a jelen egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre önkéntesen, a valóságnak megfelelő válaszokat adtam és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Tudomásul veszem, hogy az egészségi nyilatkozat a biztosítási ajánlat elválaszthatatlan részét képezi.

Az egészségi nyilatkozatot megteszem. Az egészségi nyilatkozatot nem teszem meg, külön nyilatkozatot teszek.

8. ADATKEZELÉSI NYILATKOZATOK**Adatkezelési nyilatkozat egészségügyi adatok kezeléséről**

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához és a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezelje és nyilvántartsa. • Felhatalmazom továbbá a biztosítót, hogy a fenti célok elérése érdekében – még elhalálozásom esetén is – az elengedhetetlenül szükséges, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. §-ban és a 147-151. §-ban meghatározott jogosultak számára továbbítsa. • Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a háziorvosomat, kezelőorvosomat, valamint az egészségügyi ellátásomban részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátásom során tudomásukra juttot, a fenti célok elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálozásom esetén is kiadják. • Igazolom, és elfogadom, hogy az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatos nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem. • Felhatalmazom azokat a biztosítókat, amelyek rám, mint biztosítottra vonatkozóan azonos vagy összefüggő kockázati biztosításokat kezelnek, hogy a kockázat elbírálásához, a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák.

Adatkezelési nyilatkozat iratbetekintésről, felvilágosítás kéréséről

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárrüggyel kapcsolatban indult szabálysértési eljárás, büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintsen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen. Igazolom, és elfogadom, hogy a nyilatkozatot önkéntesen tettem azt követően, hogy az általános szerződési feltételekben szereplő adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem.

Hozzájárulás a szerződés megkötéséhez és a kedvezményezett jelöléshez

Kijelentem, hogy a szerződés megkötéséhez, valamint az ajánlaton megjelölt kedvezményezettek jelöléséhez kifejezett hozzájárulásomat adom.

Adatkezelési és változásbejelentési nyilatkozat

Igazolom, hogy a megadott személyes, egészségügyi és tevékenységemre vonatkozó adataim az általam megadottak szerint, a hozzájárulásommal kerültek rögzítésre és a valóságnak megfelelnek. Igazolom továbbá, hogy a személyes adatokkal kapcsolatos válaszokat, nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően tettem azt követően, hogy az azokra vonatkozó adatkezelési tájékoztatót elolvastam és megértettem. Tudomásom van arról, hogy öt munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a biztosítónak a saját adataimban, a szerződésre vonatkozó adatokban bekövetkező esetleges változásokat.

Alulírott Biztosított, a jelen dokumentum „Adatkezelési nyilatkozatok” pontjában foglaltakhoz, valamint az a rám vonatkozóan megjelölt kedvezményezett(ek) jelölés(é)hez saját aláírással kifejezett hozzájárulásomat adom. A biztosított írásbeli hozzájárulásának /aláírásának hiányában, elhalálozás esetén a kedvezményezett(ek) kizárólag a biztosított örököse(i) lehet(nek). Amennyiben a szerződés-kötéshez egyszerűsített egészségi nyilatkozatra van szükség, az „Egyszerűsített egészségi nyilatkozat” pontban adott válaszomat aláírással hitelesítem.

Kelt:	Szerződő aláírása:
Biztosított neve:	Biztosított aláírása:

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a módosítás elvégzéséhez a jelen dokumentumnak a biztosítási évfordulót / díjfizetési ütem fordulót megelőző 30 napig szükséges beérkeznie. Tájékoztatjuk továbbá, hogy biztosított felvétele, alapbiztosítási csomag felvétele / módosítása valamint kiegészítő biztosítás felvétele/ biztosítási összeg módosítása esetén szükség lehet Részletes egészségi nyilatkozat és/vagy orvosi vizsgálat és/vagy Pénzügyi kérdőív kitöltésére is. Erről a Biztosító küld tájékoztatást a jelen dokumentum beérkezését követően.