



Biztosítotti nyilatkozat

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz

Jelen nyilatkozat az **UNIQA Biztosító Zrt.** (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.; továbbiakban: „**Biztosító**”), és a **Kiszámloló Egyesület**, mint Szerződő (a továbbiakban: „**Szerződő**”) között létrejött megállapodás szerves részét képezi. A biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyfélértájékoztató és a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

Ezúton **nyilatkozom**, hogy a Kiszámloló Egyesület, mint Szerződő (a továbbiakban: Szerződő) által kötött csoportos biztosítási szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) **csatlakozni kívánok** az alábbi feltételek szerint.

Biztosító adatai

Biztosító cégneve: **UNIQA Biztosító Zrt.**
Biztosító székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Cégjegyzékszám: 01-10-041515

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Kiszámloló Egyesület**
Szerződő székhelye: 2040 Budaörs, Ébner György köz 4.
Cégjegyzékszám: 13-02-0006984

Biztosítás megnevezése: 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Biztosított adatai

Név: _____
Anyja neve: _____
Születési helye és ideje: _____
Telefonszám: _____
E-mail cím: _____
Lakcím: _____

Rendelkezik-e Kiszámloló Egyesület által nyújtott biztosítással: igen, van biztosításom nem, még nincs biztosításom

Kiválasztott csomag: A csomag B csomag C csomag D csomag

Kérjük X-szel jelölni a kiválasztott csomagot.

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási fedezet adatai

Biztosítási fedezetek	Biztosítási összeg Ft/fő			
	A csomag	B csomag	C csomag	D csomag egyedül állók
Kockázati életbiztosítás	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti halál	15 000 000 Ft	–	20 000 000 Ft	–
Baleseti maradandó egészségkárosodás – arányos (1-100%)	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	30 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés	15 000 Ft	15 000 Ft	–	–
	1. naptól	1. naptól	–	–
Csonttörés, csontrepedés	–	–	100 000 Ft	50 000 Ft
Baleseti műtéti térítés (nagy műtét)	200 000 Ft	–	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál	15 000 000 Ft	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	–
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100% arányos	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	–
Bármely okú, 70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás	12 000 000 Ft	–	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Kiemelten súlyos betegségekre vonatkozó biztosítás	2 000 000 Ft	–	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Bármely okú kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés (4 napos önrész)	–	–	15 000 Ft	15 000 Ft
Bármely okú keresőképtelenség időszakára szóló napi térítés (7 napos önrész)	–	–	10 000 Ft	10 000 Ft
Éves díj (bruttó) 1 főre	57 480 Ft	33 480 Ft	84 528 Ft	53 604 Ft

Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével

- kijelentem, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződésről nyilatkozattétel előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam, valamint a biztosítás jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól szóló tájékoztatást megkaptam, megértettem és azokat tudomásul veszem, és azok ismeretében teszem a jelen nyilatkozatot. Egyúttal kijelentem, hogy megismertem és áttekintettem a biztosítási Termékismertetőt, a Biztosító Ügyféltájékoztatóját és a Biztosítási Feltételeket, valamint az Adatkezelési tájékoztatót.
- kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződés által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok, a Biztosító által nyújtott, jelen nyilatkozaton megjelölt csomaghoz tartozó 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, és ezúttal kérem a Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.
- tudomásul veszem, hogy jelen dokumentum nem tartalmazza teljes körűen a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos rendelkezéseket és nem helyettesíti a Biztosítási Feltételeinek és az Ügyféltájékoztatónak a megismerését, erre tekintettel tudomásul veszem, hogy a biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyféltájékoztató és a Biztosítási feltételek tartalmazzák.
- tudomásul veszem, hogy
 - a Biztosító kockázatviselésének kezdete a jelen biztosított nyilatkozat megtételét követő hónap első nap 0.00 órája.
 - a Biztosító a jelen egészségügyi kockázatfelméréshez kötött nyilatkozatot – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységhez történő – beérkezéstől számított 60 napos határidőn belül indoklás nélkül elutasíthatja.
 - a Biztosító jelen nyilatkozaton kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a nyilatkozatot a biztosító visszautasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
 - amennyiben az esedékes biztosítási díj a Biztosító részére határidőben nem kerül kifizetésre, és a díjfizetési halasztásban írásban sem történt megállapodás, valamint a Biztosító által a teljesítésre tűzött harminc napos eredménytelenül letelt, a póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása

Nyilatkozat adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével:

- felhatalmazom a Szerződőt arra, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatályának kiterjesztéséhez szükséges, fentiekben meghatározott személyes és egyéb adataimat a Biztosítónak átadja, abból a célból, hogy a biztosított jogviszony a Biztosító és közöttem létrejöjjön, és a Biztosító a biztosítási szolgáltatást részemre biztosítsa. A Biztosító által kezelt adatok: név, anyja neve, születési hely, idő, lakcím, telefonszám, e-mail cím, és a biztosítási szerződés létrejöttének vagy megszűnésének ténye. A Szerződő, valamint a Biztosító személyes adatokat a jelen Biztosított Nyilatkozatban, valamint a Biztosítási Feltételek fenti pontjában foglalt jogalapon és célokból a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelhet, dolgozhat fel, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító adatkezelőnek, míg a Szerződő adatfeldolgozóknak minősül.
- tudomásul veszem, hogy a szerződéskötés, vagy a biztosítási szerződés fennállása során megadott valamennyi adat biztosítási titoknak minősül, amelyeket a Biztosító a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges célból kezel;
- hozzájárulok, hogy a Biztosító a biztosítási titkot – a biztosítási tevékenységről szóló mindenkor hatályos törvényben meghatározott egyéb célok körében – az arra jogosultaknak, továbbá harmadik országbeli (viszont)biztosítónak továbbítsa;
- felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére;
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása

Nyilatkozat egészségügyi adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtevével:

- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a hatályos jogszabály alapján egészségügyi adatnak minősül a testi, értelmi és lelki állapotomra, kóros szenvedélyemre, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás). **Kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a *biztosítási szerződés teljesítése érdekében* kezelje.
- **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszeresse, egyúttal ezen adatkezelő személyeket és az egészségügyi adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó egyéb szerveket (pl. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt) **felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok** ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek és szervek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítóhoz továbbítsák, illetve **hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.
- 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 részeseülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat.
- Kijelentem, hogy
 - az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek.
 - egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva tettem meg.
 - a jelen, valamint a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott rendelkezéseiben foglalt adatvédelmi tájékoztatást tudomásul vettem és jelen hozzájárulás megadása részemről önkéntesen történt.
 - a jelen nyilatkozattal visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, és tudomásul veszem, hogy a csoportos biztosítási szerződés vagy a Szerződővel kötött szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosultságom is megszűnik, melyről a Szerződő tájékoztat.
- Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a személyes adataim kezeléséről a Biztosítótól tájékoztatást kérni, kérhetem a személyes adataim helyesbítését, törlését vagy zárolását, illetve jogellenesnek vélt adatkezelés esetén tiltakozhatok azok kezelése ellen, továbbá adataim kezelésével kapcsolatos jogsértés esetén a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez (adatvedelem@uniqa.hu), a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhatok.

A Biztosító a jogi teljesség érdekében **honlapján**, továbbá **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat.**

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: _____ (év) _____ (hónap) _____ (nap)

Biztosított aláírása

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy az alábbi kérdések hiánytalan megválaszolásával, illetve nyilatkozatával segítse, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. az ajánlat elfogadásáról a kockázat megítéléséhez szükséges, legfontosabb információk birtokában dönthessen.

Kérjük ügyeljen arra, hogy a kérdések közül egyet se hagyjon megválaszolatlanul! A feleletet az „igen” vagy a „nem” X-elésével, illetve a megfelelő adat beírásával, bekarikázásával adja meg.

A szerződő neve: _____

A biztosított családi és utóneve: _____ Előző (leánykori) neve: _____

Lakcíme: _____

Születési ideje, helye: _____ Neme: férfi nő

Anyja neve: _____ Foglalkozása: _____

Családi állapota: egyedülálló házas elvált özvegy Beosztása: _____

Testmagassága: _____ cm Testsúlya: _____ kg

Dohányzik-e Ön? nem igen: naponta _____ szál Ha leszokott a dohányzásról, mikor? _____ év _____ hó

Mennyi az átlagos alkoholfogyasztása? rendszeresen bor, sör: _____ dl/nap tömény: _____ dl/nap alkalmanként soha

Fogyaszt kábítószer, vagy alkalmaz kábító hatású vegyszert? soha alkalmanként rendszeresen: mit?: _____

Háziorvosa neve, címe: _____

Kérdések az egészségi állapottal kapcsolatosan	Igen*	Részletezés	Nem
1. Van-e testi, érzékszervi károsodása? Látás-, halláscsökkenés vagy egyéb. Mi az, milyen mértékű és mióta áll fenn?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Van-e sérült vagy csonkolt testrésze? Mely testrésze az, és mióta áll fenn az állapot?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Van-e szerzett vagy örökölt betegsége, veleszületett testi rendellenessége, munkaképesség csökkenése? Mi az, milyen mértékű és mióta áll fenn?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Van-e balesetveszélyes hobbi? Sportol-e? Jelenleg is űzi? Mi az, mióta és milyen szinten űzi? Ha már nem folytatja, mikor fejezte be?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Szed Ön rendszeresen gyógyszert? Mit, mennyi a napi dózisa, mióta szedi?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Volt-e Önnek az utóbbi 5 évben kórházi kezelése / műtétje? Mikor és milyen ok miatt történt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Ajánlott-e az orvosa vagy tervez-e valamilyen kivizsgálást, műtétet vagy kórházi bennfekvést? Mikor és mi miatt?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Megállapítottak-e betegségről, balesetből vagy bármilyen okból eredő maradandó egészségkárosodást? Milyen a mértéke? Van-e jelenleg folyamatban ilyen igénye?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Volt-e az elmúlt 2 évben 3 hetet meghaladóan folyamatosan keresőképtelen (betegszabadság és táppénz)? Milyen ok miatt, mikor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Végeztek-e Önnél valaha AIDS-tesztet? Mi volt az eredménye?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Csak baleseti kockázatok választása esetén az 1-8. kérdésekre kell válaszolni.

Alulírott, mint a szerződés biztosítottja aláírással hitelesítve felhatalmazom kezelőorvosaimat, az engem kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, az egészségbiztosítókat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére átadják.

Dátum

a biztosított aláírása

* Kérjük, az egészségi nyilatkozaton jelzett betegség, panasz gyógykezelésére vonatkozó teljes körű orvosi dokumentáció másolatát (lelet, ambuláns lap, zárójelentés, utolsó kontroll lelet stb.) mellékelje.

3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

Nyilatkozat a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettjének megjelölésére

A kedvezményezette(ke)t a szerződő jelölheti meg, de ahhoz a biztosított(ak) hozzájárulása (aláírása) is szükséges. Amennyiben a szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg vagy a biztosított hozzájárulása hiányzik, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghalt és helyette más nem jelöltek meg, a kedvezményezett a biztosított örököse.

Haláleseti kedvezményezettként egyszerre több személy is megnevezhető.*

Szerződő neve:	<input type="text"/>	Kötvény szám:	<input type="text"/>
Biztosított neve:	<input type="text"/>	Csop. szám:	<input type="text"/>
		Születési idő:	<input type="text"/>
Anyja neve:	<input type="text"/>		

Kedvezményezett(ek) a biztosított halála esetén

1. Családi és utónév:	<input type="text"/>		
Születési idő:	<input type="text"/>	Születési hely:	<input type="text"/>
Lakcím:	<input type="text"/>		
Anyja neve:	<input type="text"/>	Arány:	<input type="text"/> % halálesetre.
2. Családi és utónév:	<input type="text"/>		
Születési idő:	<input type="text"/>	Születési hely:	<input type="text"/>
Lakcím:	<input type="text"/>		
Anyja neve:	<input type="text"/>	Arány:	<input type="text"/> % halálesetre.
3. Családi és utónév:	<input type="text"/>		
Születési idő:	<input type="text"/>	Születési hely:	<input type="text"/>
Lakcím:	<input type="text"/>		
Anyja neve:	<input type="text"/>	Arány:	<input type="text"/> % halálesetre.

A kedvezményezés a biztosított életében írásban bármikor megváltoztatható. A kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása csak akkor lép hatályba, amikor a szerződő és a biztosított írásbeli nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezik.

Dátum

a biztosított aláírása

a szerződő cégszerű aláírása

* A kedvezményezés mértéke az összes kedvezményezettre együttesen 100% kell legyen.