

Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő

Beküldendő postai úton: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Személykárrendezés, 1519 Budapest, Pf. 260, vagy elektronikusan: info@signal.hu címre vagy faxon, a 06 1 458 4260 számon. Kérjük, hogy a kitöltés során olvassa el az igénybejelentő utolsó oldalán található tájékoztatót!

Kötvényszám: □□□□□□□□□□□□□□□□

Életbiztosítási szolgáltatás esetén kötelező kitölteni!

SZERZŐDŐ ADATAI	
Szerződő neve*: MÉDOSZ	Születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útleveél/vezetői engedély száma/ cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útleveél/vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye: 1066 Bp. Fókai u. 4.
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

* Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező, valamint amennyiben cég a szerződő, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”

BIZTOSÍTOTT ADATAI	
Biztosított/együttbiztosított neve (amennyiben eltér a szerződő személyétől):	Biztosított születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útleveél/vezetői engedély száma:
Személyazonosító igazolvány/útleveél/vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

**Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, kiskorú személy esetén (Gondnokságot igazoló határozat másolatát csatolni szükséges)

<input type="checkbox"/> Biztosított	<input type="checkbox"/> Együttbiztosított	<input type="checkbox"/> Kedvezményezett
Törvényes képviselő/szülő/gyám neve:		Tel.szám:
Lakcíme:	E-mail:	

NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Mint biztosított, a Biztosító részére hozzájárulok ahhoz, hogy 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. Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi adatokat a Biztosító kizárólag az Ön írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Felhatalmazom továbbá a Biztosítót, hogy a fenti cél elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat házi orvosomtól, 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. § és a 147-151. § meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a házi orvosomat, kezelő orvosomat valamint az egészségügyi ellátásomban részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott, a fenti célok eléréséhez az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálásom esetén is kiadják.

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntető eljárás során keletkezett iratokba betekintsen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, vagy telefonon a 06 1 458 4200 számon, postai úton (postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Budapest Pf. 260.) vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában bármikor tájékoztatást kérhet a fenti személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja.

Szeretnénk felhívni figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás megtagadása vagy visszavonása a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy jelen nyilatkozatot önkéntesen tettem, azt követően, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes információkat a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) elolvastam, megértettem és elfogadom.

Kelt:	Biztosított sajátkezű aláírása*:
-------	----------------------------------

*kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ	
Baleset időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):	
Baleset helye és részletes leírása:	
Volt-e már előzőleg sérülése, egészségkárosodása a most sérült testrészén?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Amennyiben igen, kérjük, részletezze!	

**ESEMÉNYEK	BENYÚJTANDÓ IRATOK
<input type="checkbox"/> Elérés	kötvény, biztosított, együttbiztosított és a kedvezményezett életben létét igazoló okirat, amely lehet egy teljes körűen kitöltött azonosítási adatlap vagy érvényes személyazonosító igazolvány, lakcímkártya, jogosítvány, útlevél másolata aláírással és dátummal ellátva
<input type="checkbox"/> Elhalálozás	kötvény, biztosított, együttbiztosított halotti anyakönyvi kivonata, halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, haláleset utáni orvosi jelentés, orvosi dokumentumok, zárójelentések, a kedvezményezett jogosultságának igazolása, hagyatékátadó végzés (név szerinti kedvezményezett jelölés hiányában)
<input type="checkbox"/> Házasságkötés	kötvény, biztosított, együttbiztosított életben létét igazoló okirat másolata aláírással és dátummal ellátva, házassági anyakönyvi kivonat
<input type="checkbox"/> Továbbtanulás	kötvény, oktatási intézmény igazolása a továbbtanulásról, írásbeli továbbtanulási kérelem
<input type="checkbox"/> Baleseti halál	kötvény, halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálatai bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, hatósági jegyzőkönyvek (pl. baleseti- , rendőrségi- , munkahelyi baleseti jegyzőkönyv), határozatok, baleset utáni valamennyi orvosi dokumentáció, véralkohol ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű marandó egészségkárosodás	baleset utáni összes orvosi dokumentáció, baleset időpontját követő 1 év után a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés
<input type="checkbox"/> Munkaképtelenség esetén díjmentesség	betegállomány alatti időszak orvosi igazolásai diagnózissal ellátva, orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés, várandósgondozási könyv másolata
<input type="checkbox"/> D-E rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> C2 rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> Műtéti térítés	a WHO kódot tartalmazó kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Kórházi napidíj	kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Csonttörés	orvosi dokumentációk, röntgen lelet a csonttörésről
<input type="checkbox"/> Gyermek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
<input type="checkbox"/> Egyéb	

**A szolgáltatási igény rendezése során a biztosító bekérhet további, a biztosítási feltételben meghatározott dokumentumokat is.

A MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI	
Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását az alábbi bankszámlaszámra: <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
Bankszámlaszám:	
Bank megnevezése:	
Kelt:	Szerződő aláírása:

A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA	
Kedvezményezett neve***:	Kedvezményezett születési neve:
Születési hely és idő (év, hó, nap):	Adóazonosító jele / adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma / útlevél / vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány /útlevél / vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől / székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a "Tényleges tulajdonosi nyilatkozat"-ot) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök (Amennyiben a válasz igen, akkor kötelező kitölteni a "Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat" c. nyomtatványt.) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: □ Igen <input type="checkbox"/> Nem	Bank megnevezése:
Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
<input type="checkbox"/> Állandó címre:	
<input type="checkbox"/> Levelezési címre:	
<input type="checkbox"/> Egyéb címre:	

***Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”

NYILATKOZAT
A többszörösen módosított 2003. évi XCII. az adózás rendjéről szóló törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy: <input type="checkbox"/> Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. <input type="checkbox"/> Egyéb országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. <input type="checkbox"/> Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök. A magyarországi adóazonosító jelem: □□□□□□□□□□ Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Uniósi állam ***: □□□□□□□□□□

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Kelt:	Kedvezményezett aláírása:
-------	---------------------------