

Beküldendő postai úton: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. Személybiztosítási kárrendezés, 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 ¹ :	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:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

¹ Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező, valamint amennyiben cég a szerződő, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

BIZTOSÍTOTT ADATAI (Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)	
Biztosított/együttbiztosított neve (amennyiben eltér a szerződő személyétől):	Biztosított születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány/ útleveél/vezetői engedély száma:
Személyazonosító igazolvány/útleveél/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe:
Értesítési címe (ha eltér a címtől):	

TÁJÉKOZTATÓ
<p>Amennyiben kiskorú a kedvezményezett, úgy szükséges a „Nyilatkozat törvényes képviselőtől” című nyilatkozat kitöltése a következők szerint:</p> <ul style="list-style-type: none">• Amennyiben a szülők együtt gyakorolják a szülői felügyeleti jogot, akkor a nyilatkozat csak úgy érvényes, ha azt mindkét szülő aláírta.• A szülői felügyeletet közösen gyakorló szülők kölcsönösen vagy külön-külön meghatalmazást adhatnak egymásnak arra vonatkozóan, hogy a gyermek vagyonát az egyik szülő a másik helyett kezelje. 285.000 Ft vagy azt meghaladó szolgáltatási összeg esetén a közokiratba vagy ügyvéd által ellenjegyzett magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolása szükséges.• Ha bármilyen oknál fogva csak az egyik szülő gyakorol a gyermek felett szülői felügyeletet, akkor ezt igazolni kell az erre vonatkozó hivatalos irat másolatával.• Amennyiben a gyermek nevében gyám jár el, úgy csatolni kell a gyám tisztségét igazoló gyámhatósági határozatot. <p>A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) Korm. rend. 26/B.§. (3) bekezdése alapján a kiskorú gyámhatóságnak át nem adott vagyonáról való rendelkezést érintő szülői jognyilatkozathoz (Ptk. 2:15.§. (1) bekezdés e) pontja) szükséges a gyámhivatal jóváhagyása, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének harmincszorosát.</p> <p>Amennyiben a kedvezményezett cselekvőképességét a bíróság részlegesen, meghatározott ügycsoportokban korlátozza, akkor ebben az ügycsoportban (vagyon ügyekben való korlátozás) csak a gondnok hozzájárulásával tehető érvényes nyilatkozat.</p> <p>A cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy és gondnoka jognyilatkozatának, továbbá a cselekvőképtelen nagykorú gondnoka jognyilatkozatának érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges, ha a jognyilatkozat a cselekvőképességében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú</p> <p>a) gyámhatóságnak átadott vagyonára; vagy</p> <p>b) a gondnokot kirendelő határozatban megállapított összeget meghaladó értékű vagyontárgyára vonatkozik.</p> <p>Ebben az esetben szükséges a gondnokrendelő határozat csatolása is, és ha abban van összeghatár korlát, és azt meghaladja a kifizetés összege, akkor a gyámhatóság engedélye is szükséges a kifizetéshez.</p>

Kötvényszám:

Haláleseti bejelentés esetén,
kérjük a törvényes örökös/kedvezményezett aláírását.

Biztosított/együttbiztosított neve:

(Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)

Biztosított születési dátuma: Anyja neve:

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/Adatkezesi_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. 138-143. § és a 147-151. §-ában 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 elhalálozásom esetén is kiadják.

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

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/Adatkezesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) elolvastam, megértettem és elfogadom.

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 összegezésének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás megtagadása vagy visszavonása a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Kelt: **Biztosított/együttbiztosított sajátkezű aláírása²:**

Törvényes örökös vagy kedvezményezett neve nyomtatott betűvel:

Törvényes örökös/kedvezményezett sajátkezű aláírása:

²kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

Kötvényszám:

BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ

Baleset időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):

Baleset helye és részletes leírása:

Volt-e már előzőleg sérülése, egészségkárosodása a most sérült testrészben? Igen Nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze!

ESEMÉNYEK	BENYÚJTANDÓ IRATOK ³
<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, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, vezetői engedély, útlevel 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, halottvizsgálai 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 maradandó 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"/> Előrehozott szolgáltatás (szívinfarktus/rosszindulatú daganat/ agyi érkatasztrófa)	a betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció, szív UH, szövettani leletek, kontroll vizsgálati eredmények A szolgáltatást az alapbiztosítás megszüntetésével kérem <input type="checkbox"/> igen ⁴ <input type="checkbox"/> nem
<input type="checkbox"/> Kritikus betegség	a betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció, szövettani leletek, kontroll vizsgálati eredmények (részletezve a biztosítási feltételekben)
<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"/> Lágyrészek sérülése	a baleset után készült valamennyi orvosi lelet, röntgen, CT, UH eredmények, zárójelentések, műtéti leírások
<input type="checkbox"/> Gyermekek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
<input type="checkbox"/> Táppénz	táppénzes/keresőképtelen időszakot igazoló dokumentumok másolata
<input type="checkbox"/> Daganat diagnosztika	bármilyen daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálat
<input type="checkbox"/> Egyéb	
Kelt:	Szerződő aláírása:
	Biztosított/kedvezményezett aláírása:

³A szolgáltatási igény rendezése során a biztosító bekérhet további, a biztosítási feltételben meghatározott dokumentumokat is.

⁴Abban az esetben, ha az alapbiztosítás nyugdíjbiztosítás, és a szerződő az előrehozott szolgáltatás esetén az alapbiztosítást megszünteti, akkor ez jogvesztő eseménynek minősül. Az alapbiztosítás szerződője köteles a nyugdíjbiztosítási szerződésen adójóváírásként nyilvántartott összeget, az Szja. tv. 44/C § (1) és (8) bekezdéseiben foglaltak szerint visszafizetni.

Kötvényszám:

A MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI

Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását az alábbi bankszámlaszámra: Igen Nem

Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni:

Bank megnevezése:

Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén a bankszámlaszám tulajdonos nevére kötelező kitölteni 4,5 millió Ft alatt az „Egyszerűsített ügyfél-átvilágítási adatlapot”, 4,5 millió Ft-tól pedig az „Azonosítási adatlapot”, valamint csatolni kell az azonosításhoz szükséges okmányok másolatát – érvényes személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevél és lakcímet igazoló hatósági igazolvány.)

Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):

Igen Nem

Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:

Állandó címre:

Levelezési címre:

Egyéb címre:

Kelt:

Szerződő aláírása:

Kötvényszám: _____

**A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA
(Több kedvezményezett esetén, minden kedvezményezettre vonatkozóan ki kell tölteni.)**

Kedvezményezett neve ⁵ :	Kedvezményezett születési neve:
Születési hely és idő (év, hó, nap):	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány/útlevel/ vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útlevel/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány 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 az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”) <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: Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén a bankszámlaszám tulajdonos nevére kötelező kitölteni 4,5 millió Ft alatt az „Egyszerűsített ügyfél-átvilágítási adatlapot, 4,5 millió Ft-tól pedig az „Azonosítási adatlapot”, valamint csatolni kell az azonosításhoz szükséges okmányok másolatát - érvényes személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevel és lakcímet igazoló hatósági igazolvány) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Bank megnevezése: A nem forintban történő utalás esetén szükséges adatok: IBAN szám: SWIFT kód: Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
<input type="checkbox"/> Állandó címre:	
<input type="checkbox"/> Levelezési címre:	<input type="checkbox"/> Egyéb címre:

⁵Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

NYILATKOZAT

A többszörösen módosított 2017. évi CL. törvény – az adózás rendjéről 50. § (2) 28. pont alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy:

Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. Harmadik országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.
 Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök

A magyarországi adóazonosító jelem: _____ Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Unió állam⁶: _____

A nyilatkozat a 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) valamint a 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) V/B fejezetének végrehajtásához szükséges. A FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló FATCA-tájékoztató, az Aktv. alapján fennálló intézkedésekről a CRS-tájékoztató tartalmaz részletes rendelkezéseket. Ezen tájékoztatók elérhetőek a www.signal.hu honlapon.

Alulírott kedvezményezett személy kijelentem, hogy egyesült államokbeli személynek minősülök: igen nem

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy a 2015. CXC. törvényben meghatározott részes (lásd. CRS-FATCA nyilatkozat felsorolás) állambeli adóügyi illetőségű személynek minősülök: igen nem

Amennyiben bármelyik kérdésre a válasz igen, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt. Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt.

A Ptk. alapján azon szolgáltatások esetén, amely a szerződés megszűnésével jár, a szolgáltatás teljesítéséhez a kötvény visszaszolgáltatása szükséges, ezért kérjük, hogy szíveskedjen csatolni az eredeti kötvényt is jelen kérelméhez. Amennyiben a biztosítási kötvényt nem tudja csatolni, abban az esetben a kötvény elvesztéséről szóló sor kitöltése kötelező a szolgáltatás kifizetéséhez. A kötvényt csatoltam: igen nem

Alulírott szerződő/kedvezményezett nyilatkozom, hogy az eredeti biztosítási kötvény _____, elveszett egyéb okból: _____, nem áll rendelkezésemre.

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/Adatkezesi_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:** _____

Felhívjuk figyelmét, hogy az adóügyi illetőség tisztázása a szolgáltatás teljesítéséhez elengedhetetlen, ezért a szolgáltatás kifizetésére csak a nyilatkozat benyújtását követően kerülhet sor!

⁶Jelölt adóilletőség esetén a Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatáshoz szükséges Nyilatkozat Adóilletőségről kitöltése is kötelező, melyet a www.signal.hu oldalról tud letölteni. Szolgáltatás kifizetésére csak a 2 dokumentum (Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő + Nyilatkozat Adóilletőségről) együttes benyújtását követően kerülhet sor.

További kezdeményezett(ek) esetén a csatolt pótlapok száma: _____

Kötvényszám: _____

A SIGNAL IDUNA BIZTOSÍTÓ ZRT-NÉL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE TÖRTÉNŐ ÁTKÖNYVELÉS⁷ ESETÉN SZÜKSÉGES KITÖLTENI

Új szerződés kötvényszáma: _____

Átkönyvelendő összeg:	Rendszeres/egyszeri díjként:	HUF	Eseti díjként:	HUF
Kelt:		Kedvezményezett aláírása:		

⁷Kérjük, hogy a megfelelő nyomtatványt csatolja az átkönyvelés végrehajtásához.

AZ IGÉNYBEJELENTŐT A BIZTOSÍTÓ RÉSZÉRŐL ÁTVETTE

Szervezeti egység:	Név:
Kelt:	Aláírás:

SZAKSZERVEZETI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN

Igazolom hogy a biztosított személy a _____ szakszervezet tagja: _____ -től _____ -ig / jelenleg is

Tagkártya száma:	Bélyegző helye:
Aláírás:	
Kelt:	

TÁJÉKOZTATÓ A SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ KITÖLTÉSÉHEZ

A kárbejelentéshez szükséges minden dokumentum a www.signal.hu honlapról letölthető.

Az elérési szolgáltatáshoz szükséges dokumentumokat az elérés időpontját követően kell a Biztosító rendelkezésére bocsájtani. Elérési szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés elérési kedvezményezettje.

Az életbenlét igazolása történhet:

- a biztosított, az együttbiztosított és a kedvezményezett által aláírt, dátummal ellátott, a biztosító felé eljuttatott személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevel és lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolattal vagy
- személyesen. Az azonosítást személyes megjelenés esetén a biztosítási képviselő, vagy a SIGNAL IDUNA Biztosító ügyfélszolgálati munkatársa végzi.

A haláleseti szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés haláleseti kedvezményezettje.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a haláleseti/elérési/lejárati szolgáltatás kifizetésének teljesítéséhez a kedvezményezett személyazonosító okmányának (személyazonosító igazolvány, útlevel vagy kártyaformátumú vezetői engedély) arcképes, valamint aláírását, az okmány érvényességi idejét tartalmazó oldalai és a lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolatának megküldése szükséges a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény által előírt ügyfél-átvilágítási kötelezettség teljesítése céljából. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a http://www.signal.hu/hu/penzmosas-es-terrorizmus_ellen linken érhető el.

Életbiztosítási szolgáltatás esetén 4,5 millió forint felett, illetve, ha a kifizetésre jogosult közszereplő, akkor átvilágítás szükséges a 2017. évi LIII. törvény alapján. Kérjük, hogy szíveskedjen személyesen az ügyfélszolgálatunkon (1123 Budapest Alkotás u 50.) vagy tanácsadójánál megjelenni az átvilágítás érdekében.

Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (együtt: cég) a kedvezményezett képviselőjének aláírási címpéldányának másolatát és a képviselőt ellátó személy okmányának másolatát – a magánszemély szerződőhöz hasonló módon – szükséges megküldeni.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben igényét e-mailen juttatja el részünkre, akkor a kérelem és mellékletei kizárólag abban az esetben kerülnek végrehajtásra, ha tisztán olvasható formátumban kerülnek megküldésre.