

# 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*:	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:
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 cselekvőképese, 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.száma:
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](http://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 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.

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](http://www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf)) elolvastam, megértettem és elfogadom.

Kelt: <b>Budapest, 2018.11.01.</b>	Biztosított sajátkezű aláírása*:  <b>aláírás</b>
---------------------------------------	--

\*kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

**BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ**

 Baleset időpontja (év, hónap, nap, óra, perc): **2017.12.31. 19.30**

 Baleset helye és részletes leírása: **otthonomban elestem, bokám sérült**

Volt-e már előzőleg sérülése, egészségkárosodása a most sérült testrészén?

 Igen  Nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze!

**KÉRJÜK MEGJELÖLNI AZ IGÉNYELT SZOLGÁLTATÁST!**

**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, 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 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 checked="" type="checkbox"/> Műtéti térítés	a WHO kódot tartalmazó kórházi zárójelentés
<input checked="" type="checkbox"/> Kórházi napidíj	kórházi zárójelentés
<input checked="" type="checkbox"/> Csonttörés	orvosi dokumentációk, röntgen lelet a csonttörésről
<input type="checkbox"/> Gyermek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
<input checked="" type="checkbox"/> Egyéb	<b>15 napot meghaladó táppénz</b>

\*\*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:  Igen  Nem

Bankszámlaszám:

Bank megnevezése:

Kelt:

Szerződő aláírása:

**A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA**

Kedvezményezett neve***: <b>Minta József</b>	Kedvezményezett születési neve: <b>Minta József</b>
Születési hely és idő (év, hó, nap): <b>Karaküszörcsög, 1950.01.01.</b>	Adóazonosító jele / adószáma: <b>83123456</b>
Állampolgársága: <b>Magyar</b>	Személyazonosító igazolvány száma / útlevél / vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám): <b>123456 AB</b>
Személyazonosító igazolvány /útlevél / vezetői engedély érvényességi ideje: <b>2020.01.01.</b>	Lakcímkártya száma: <b>123456 CD</b>
Anyja születési neve: <b>Minta Erzsébet</b>	Telefonszám: <b>06 30 123 4567</b>
E-mail cím: <b>minta.jozsef@email.hu</b>	Címe/székhelye: <b>1234 Budapest, Minta utca 1. I/1.</b>
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: <b>1 2 3 4 5 6 7 8 - 1 2 3 4 5 6 7 8 - _ _ _ _ _</b>	Bank megnevezése:
Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot”) <input checked="" 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:

- Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.  Egyéb országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.  
 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](http://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](http://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: <b>Budapest, 2018.11.01.</b>	Kedvezményezett aláírása:  <b>aláírás</b>
---------------------------------------	--