

MELLÉKLET A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYHEZ

SENSUM Életbiztosítás

powered by



Partnercég neve

Biztosításközvetítő neve

BIZTOSÍTOTT ADATAI ☐ . számú biztosított

Családi név	Születési hely, idő
Utónév	E-mail
Állampolgárság	Telefon/Mobil
Állandó lakcím	Adóügyi illetőség ☐ magyar ☐ egyéb
Utca, házszám	Adóazonosító jel
Levelezési cím	Szem. az. okmány ☐ sz.ig. ☐ útleveél
Utca, házszám	Okmány száma
Számlaszám	Foglalkozás

BIZTOSÍTÁS ADATAI

A biztosítás technikai kezdete	2 0 . 0 1
Individuális biztosítási fedezet:	Biztosítási összeg ¹
Haláleseti biztosítás	0 0 0 Ft/€
Teljes értékű balesetbiztosítás ²	0 0 0 Ft/€
Betegségek és műtétek biztosítása ³	0 0 0 Ft/€

¹ A biztosítási összeg pénzmenet a Szerződő határozza meg a szerződéskötési ajánlaton.

² Teljes értékű balesetbiztosítás tartalma: baleset okozta halál, maradandó egészségkárosodás és a balesetet követő felépülésre szükséges idő.

³ Betegségek és műtétek biztosításának tartalma: rettegett betegségek, betegség következtében szükséges műtét, keresőképtelenség és fekvőbeteg-ellátás.

JEGYZETEK

HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT

Családi és utónév	Születési idő	Részesedés %
		%
		%
		%

Összesen 100 %

Kijelentem, hogy megismertem és átvettem a SENSUM Életbiztosítás GTC-20181125 kódjelű általános szerződési feltételeit (továbbiakban: ÁSZF). Tudomásul veszem, hogy az ÁSZF szabályoz minden olyan kérdést, amely a biztosítási ajánlatban vagy a biztosítási szerződésben nem került meghatározásra. Aláírással igazolom, hogy tudomásul vettem a SENSUM Életbiztosítás keretein belül történő befektetéssel járó kockázatokat, főként azt, hogy az eddigi hozamok nem határozzák meg a jövőbeni hozamokat. A SENSUM Életbiztosítás a hosszú távú befektetés jellemzőit viseli magán, ezért a szerződés visszavásárlási értéke akár alacsonyabb is lehet, mint a szerződő által a befizetett biztosítási díj.

Megerősítem, hogy megismertem a Biztosító eszközalapjainak befektetési politikáját.

Alulírott szerződő/biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával, a biztosító által készített „Ügyfélértékelő” a személyes adatok védelméről” című dokumentum, valamint az általános szerződési feltételek 45. cikkében foglalt tájékoztatás megismerését és tudomásul vételét követően ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje. Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét. A hozzájárulás visszavonása esetén előfordulhat, hogy a biztosító a szerződés megkötésére irányuló ajánlatomat nem tudja elbírálni. és ezért az ajánlatot visszautasítja, vagy a szolgáltatási igényt nem tudja elbírálni, melynek eredményeként a szolgáltatás nyújtását a biztosítási szerződésben, illetve jogszabályban rögzített esetekben megtagadhatja. Tudomásul veszem, hogy az általam megadott, vagy a biztosító tudomására jutott egészségügyi adataim biztosítási titoknak minősülnek, és e titkot a biztosító köteles időbeli korlátozás nélkül megtartani. A biztosítási titoknak minősülő adatokat a biztosító a biztosítókra és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 141. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbíthatja.

Alulírott szerződő/biztosított jelen nyilatkozat aláírásával továbbá felmentem az alábbi orvosi titoktartásra köteles személyeket és szervezeteket az orvosi titok megtartásának kötelezettsége alól a NOVIS Biztosítóval szemben a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adataim vonatkozásában:

- jelenlegi, korábbi és jövőbeli háziorvosom
- társadalombiztosítási szervek
- valamennyi járó- és fekvőbeteg-intézmény, és egyéb egészségügyi szolgáltatók, ahol a múltban kezelték, jelenleg kezelnek vagy a jövőben kezelni fognak.

Szerződő / Biztosított aláírása

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés megkötése előtt a Biztosító lényeges adatai a tudomásomra lettek hozva, megismertem a SENSUM Életbiztosítás általános szerződési feltételeit és ügyfélértékelőjét, és írott formában átvettem és elfogadom azt. Kijelentem, hogy a jogszabályoktól, vagy a szokásos szerződési gyakorlatoktól lényegesen eltérő általános szerződési feltételekre vonatkozó, az „Általános Ügyfélértékelő és Szerződési Feltételek” 46. cikk 7. pontjában foglalt külön tájékoztatást megismertem, és e feltételeket **kifejezetten elfogadom**.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy a biztosítási szerződést a saját nevemben kötöm, valamint kijelentem, hogy a Biztosító felé a fizetési kötelezettségemnek saját pénzeszközöimből teszek eleget és vállalom, hogy amennyiben ebből a célból más tulajdonában lévő pénzeszközöket használok fel, úgy ezt a tényt, az érintett személy személyazonosító adataival egyidejűleg, késedelem nélkül jelentem a Biztosítónak.

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy az „Ügyfélértékelő” a személyes adatok védelméről” című dokumentumot, valamint az általános szerződési feltételek 45. cikkében foglalt, személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem és tudomásul vettem.

☐ Igen ☐ Nem

Az „Ügyfélértékelő” a személyes adatok védelméről” című dokumentumban, valamint az általános szerződési feltételek 45. cikkében foglalt tájékoztatás alapján az alábbi önkéntes, tájékozott és kifejezett nyilatkozatot teszem:

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az azonosító adataimat (név, cím, telefonszám, email-cím), valamint a biztosító megbízottja által az igényfelmérések során, illetve az igényfelmérés céljából alkalmazott formanyomtatványon általam megadott személyes adataimat abból a célból teljes körűen kezelje, feldolgozza, nyilvántartsa és tárolja, valamint megbízottai részére átadja, hogy a biztosító, illetve megbízottai az igényfelmérés céljából alkalmazott nyomtatványon általam meghatározott igények, szükségletek, lehetőségek alapján számomra közvetlen üzleti ajánlatot készítsenek és juttassanak el,

☐ Igen, hozzájárulok. ☐ Nem járulok hozzá.

valamint az én közvetlen megkeresésem útján nekem – mint reklám címzettjének – az általuk nyújtott vagy közvetített biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó tájékoztató-, reklám és marketinganyagokat küldjenek,

☐ Igen, hozzájárulok. ☐ Nem járulok hozzá.

az alábbi elérhetőségeim igénybevétele útján:

☐ személyes megkeresés ☐ lakcím ☐ telefonszám ☐ e-mail cím

Tudomásom van arról, hogy jogosult vagyok a hozzájárulásomat bármikor visszavonni; a hozzájárulásom visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét. Tudomásom van arról, hogy jogosult vagyok arra, hogy bármikor tiltakozzam a rám vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzés céljából történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Ha tiltakozom a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor személyes adataim a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

Alulírott, szerződő kijelentem, hogy a jelenben vagy az elmúlt egy évben kiemelt közszereplőnek minősülök/minősültem, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok.

☐ Igen ☐ Nem

Vállalom, hogy amennyiben a Biztosítóval fennálló szerződési jogviszonyom alatt ilyen személyé válok, azt haladéktalanul jelentem a Biztosítónak és kitöltöm a kiemelt közszereplői nyilatkozatot.

☐ Igen ☐ Nem

Alulírott, szerződő, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem vagyok amerikai állampolgár, nem Amerikában születtem, adóilletőségem nem amerikai, és nincs amerikai adószámom.

☐ Igen ☐ Nem

Alulírott, szerződő jelen nyilatkozat aláírásával az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. tv. (Art.) 54. § (1) bekezdés c) pontja alapján hozzájárulok ahhoz, hogy a Nemzeti Adó- és Vámhivatal a jelen ajánlat alapján létrejövő nyugdíjbiztosítási szerződéssel összefüggő rendelkező nyilatkozatokat és az adóról való rendelkezés keretében átutalt összegekkel kapcsolatos valamennyi adóititkot a NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., (Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava) részére, annak írásbeli megkeresésére kiadja.

☐ Igen ☐ Nem

Aláírással megerősítem, hogy az ajánlaton szereplő összes adatot hiánytalanul és a valóságnak megfelelően tüntettem fel.

☐ Igen ☐ Nem

A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a Biztosítónak jogában áll jelen ajánlatot – az ajánlati köztéttség alatt – indoklás nélkül elutasítani. A nyilatkozatok változását, valamint a biztosítási ajánlaton feltüntetett adatokban bekövetkező változást a szerződő fél köteles haladéktalanul jelenteni a Biztosítónak.

EGYSZERŰSÍTETT EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

Az egyszerűsített egészségi nyilatkozat a következő feltételek együttes fennállása esetén alkalmazható: a haláleseti biztosítási összeg legfeljebb 10.000.000,- Ft vagy 30.000,- €, belépési kor legfeljebb 64 év, szerződés lejáratkori kor (ill. nyugdíjjáradékra váltása) legfeljebb 75 év, valamint nincs további biztosítási fedezet.

Ki tudja jelenteni a következőket?

Kijelentem, hogy jelen pillanatban nincs csökkentett munkavégző képességem, nem részesedem és nem terjesztettem elő igényt csökkentett munkavégző képességből, munkaképtelenségből, rokkantságból vagy hosszú távú gondozás szükségességéből eredő járadékra.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy az elmúlt 5 évben nem részesültem kórházi kezelésben, valamint ez alatt az időszak alatt nem részesültem 3 hetet meghaladó kórházi fekvőbeteg-ellátásban, illetve nem álltam kezelés alatt ugyanazon problémák vagy megbetegedés miatt.

☐ Igen ☐ Nem

Kijelentem, hogy nem voltak és nincsenek a következő megbetegedéseim: rosszindulatú daganatok, idegrendszeri megbetegedések, mentális betegségek, HIV-fertőzés, szívinfarktus vagy agyvérzés.

☐ Igen ☐ Nem

Dátum, és a biztosított aláírása

Amennyiben a fenti nyilatkozatra NEM-mel válaszolt, úgy a lent található egészségügyi kérdőív minden kérdésére válaszolnia kell.

A MELLÉKLET A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYHEZ

Fizetési
bizonylat
Egyéb

Kiegészítés további biztosított
személy részére

Személyazonosságot igazoló
okmány másolata

Orvosi
leletek

Mellékletek száma db

ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

A Biztosítóval való szerződés megkötésére irányuló ajánlatot a szerződő írásban teszi a Biztosító által rendszeresített ajánlati lapon. A szerződő az ajánlatához, annak a Biztosítóhoz való megérkezésétől számított 15 napig kötve van, kivéve ha az egészségügyi kérdőívet is kitöltötte: ebben az esetben az ajánlati kötöttség 60 nap.

A biztosítási szerződés a Biztosító általi elfogadással jön létre, mégpedig visszamenő hatállyal az ajánlattétel napjára. A Biztosító értesíti a szerződőt a szerződés létrejöttéről, amennyiben az alábbi felételek együttesen teljesülnek:

a) a helyesen, teljesen és a valóságnak megfelelően kitöltött és aláírt biztosítási

ajánlat, valamint a Biztosító által kért más dokumentumok az ajánlati kötöttség határidején belül a Biztosítóhoz megérkeznek,

b) az ajánlaton meghatározott első biztosítási díj megfizetésre kerül,

c) a kockázatelbírálás eredményeként teljesülnek a Biztosító által támasztott biztosíthatósági feltételek.

A Biztosító a szerződés létrejöttéről szóló értesítést az ajánlati lapon feltűntetett e-mail címre küldi meg. A Biztosító a szerződés létrejöttének igazolására biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot, kötvényt állít ki.

Aláírás keltének helye és időpontja

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása (ha nem azonos a szerződővel)

BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ

Családi és utónév

Felügyeleti nyilvántartási száma

e-mail

Telefon

/ -

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a szerződő és a biztosított azonosítását a jogszabályokban – különös tekintettel a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozásának megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben, valamint a FATCA-szabályozásban – meghatározott módon elvégeztem.

Dátum

Biztosításközvetítő aláírása

A NOVIS Európában

A NOVIS Európa tizenegy országában kategóriateremtő újdonságokkal jelen lévő, innovatív biztosítótársaság.

2017-ben a NOVIS nagy sikereket ért el Olaszországban, és 2018 elején megkezdte működését a svéd és az izlandi biztosítási piacon is.

A külföldön dolgozó szakembereknek nyújtott szolgáltatásai révén pedig világszerte aktív biztosítótársaság.



