



Módosítási nyomtatvány Bodyguard balesetbiztosításokhoz

Kötvényszám*: _____

Szerződő neve*: _____

Szerződő születési helye és ideje*: _____

Figyelem, a *-gal jelölt adatok megadása minden esetben szükséges!

BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY(EK) MÓDOSÍTÁSA

☐ új Biztosított a szerződésben ☐ Biztosított kiléptetése balesetbiztosításból ☐ Biztosított kiléptetése kockázati kiegészítő biztosításból

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Biztosított foglalkozása: _____

Új belépő esetén a választott csomag megnevezése: ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Prémium ☐ Gyerek

☐ új Biztosított a szerződésben ☐ Biztosított kiléptetése balesetbiztosításból ☐ Biztosított kiléptetése kockázati kiegészítő biztosításból

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Biztosított foglalkozása: _____

Új belépő esetén a választott csomag megnevezése: ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Prémium ☐ Gyerek

☐ új Biztosított a szerződésben ☐ Biztosított kiléptetése balesetbiztosításból ☐ Biztosított kiléptetése kockázati kiegészítő biztosításból

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Biztosított foglalkozása: _____

Új belépő esetén a választott csomag megnevezése: ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Prémium ☐ Gyerek

BIZTOSÍTÁSI CSOMAG MÓDOSÍTÁSA VAGY KOCKÁZATI KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁS HOZZÁKÖTÉSE:

Figyelem Kockázati kiegészítő választása esetén kötelező Részletes egészségi nyilatkozat kitöltése!

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Biztosított foglalkozása: _____ Biztosított állampolgársága: _____

Személyazonosító igazolvány, típusa, száma, betűjele: _____ Érvényessége: _____

Lakcímkártya száma, betűjele: _____

Választott új balesetbiztosítási csomag megnevezése : ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Prémium ☐ Gyerek

Választott új kockázati kiegészítő csomag megnevezése: ☐ K1 ☐ K2 ☐ K3 ☐ K4 ☐ K5

Alulírott szerződő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el: ☐ igen ☐ nem

Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata” nyomtatványt.

Céges szerződés esetében kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata” nyomtatványt.

Alulírott szerződő személy kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök: ☐ igen ☐ nem

Amennyiben a válasz igen, kötelező kitölteni a „Kiemelt Közszereplő Nyilatkozat” c. nyomtatványt.

Biztosított családi és utóneve: _____
Biztosított születési helye és ideje: _____
Biztosított anyja születési neve: _____
Biztosított lakcíme: _____
Biztosított foglalkozása: _____ Biztosított állampolgársága: _____
Személyazonosító igazolvány, típusa, száma, betűjele: _____ Érvényessége: _____
Lakcímkártya száma, betűjele: _____

Választott új balesetbiztosítási csomag megnevezése : ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Prémium ☐ Gyerek

Választott új kockázati kiegészítő csomag megnevezése: ☐ K1 ☐ K2 ☐ K3 ☐ K4 ☐ K5

Alulírott szerződő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el: ☐ igen ☐ nem
Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata” nyomtatványt.

Céges szerződés esetében kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozata” nyomtatványt.

Alulírott szerződő személy kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök: ☐ igen ☐ nem
Amennyiben a válasz igen, kötelező kitölteni a „Kiemelt Közszereplő Nyilatkozat” c. nyomtatványt.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy Szerződőként mind a korábbi, mind a jelenlegi Biztosítottak tájékoztatása az Ön feladata, abban a vonatkozásban, hogy részükre a biztosítási védelem megszűnt, illetőleg abban a tekintetben, hogy részükre a biztosítási védelem megkezdődött. Kérjük tudassa velük azt is, hogy milyen típusú biztosítási csomaggal rendelkeznek.

1. Szerződő és a Biztosított(ak) (a továbbiakban a Biztosított vagy Biztosítottak együttesen: „Biztosított”) aláírásukkal igazolják, hogy a vonatkozó balesetbiztosítás feltételeit és Ügyféltájékoztatóját megismerték, tudomásul vették, elfogadták, és annak egy példányát átvették.
2. A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban és (amennyiben egészségi nyilatkozat megtételére sor kerül) az egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek, azokat pontosan jegyezték le, valamint tudomásul veszik, hogy valótlan adatok közlése vagy a valós adatok elhallgatása a Biztosító mentesülését vonhatja maga után.
3. A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.
4. A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy rendelkeznek felhatalmazással a kedvezményezett adatainak megadására, továbbá a Szerződő vállalja az adatvédelmi tájékoztatás átadását a kedvezményezett részére.
5. Amennyiben a GDPR szerinti harmadik országba történő adattovábbítás szükséges, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adataikat a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésben foglalt kötelezettségei 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 részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Az adatkezeléssel kapcsolatos további információt a biztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja, illetve a www.uniga.hu/adatkezeles internetes honlapon található Adatkezelési Tájékoztató tartalmazza.
6. A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a biztosítási feltételekben foglalt adatvédelmi rendelkezéseket (ld. a vonatkozó biztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja) elolvasták, megértették és tudomásul vették.
7. A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy nem lehet Biztosított az, aki rokkantsági nyugdíjas, járadékos, rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül, illetve akinek munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelme van folyamatban. Alulírott Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosító a jelen pontban írott egészségügyi adatokat a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése érdekében kezelje.
8. Alulírott Biztosított kijelenti, hogy a jelen nyilatkozatokat, valamint az adatvédelmi rendelkezéseket is tartalmazó biztosítási feltételeket elolvasta, megértette és tudomásul vette, és hozzájárul a biztosítási szerződés megkötéséhez.
9. Szerződő tudomásul veszi, hogy mind a korábbi, mind a jelenlegi Biztosítottak tájékoztatása a Szerződő feladata, abban a vonatkozásban, hogy részükre a biztosítási védelem megszűnt, illetőleg részükre a biztosítási védelem megkezdődött.

Kelt: _____
Szerződő aláírása

Régi Biztosítottak

1. Biztosított aláírása	2. Biztosított aláírása	3. Biztosított aláírása
4. Biztosított aláírása	5. Biztosított aláírása	

Új Biztosítottak

1. Biztosított aláírása	2. Biztosított aláírása	3. Biztosított aláírása
4. Biztosított aláírása	5. Biztosított aláírása	