

Módosítási kérelem

UNIQA Lifeguard kockázati életbiztosításhoz

Kötvényszám: _____

Szerződő neve: _____

Szerződő születési helye és ideje: _____ □□□□ □□ □□

Új biztosított belépése, új kiegészítő biztosítás megkötése

Biztosított belépése az UNIQA Lifeguard kockázati életbiztosítás szerződésbe

Választott biztosítási összeg: _____ Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

Felhívjuk figyelmét, hogy kiegészítő biztosítás csak olyan biztosítottra köthető meg, aki biztosítottként szerepel az UNIQA Lifeguard kockázati alapbiztosításban is, kivéve 18 év alatti gyermek biztosítottak esetén.

70%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás megkötése

VAGY

40%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás megkötése

Választott biztosítási összeg: _____ Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

35 elemű kiemelt kockázatú betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás megkötése

Választott biztosítási összeg: _____ Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

Kórházi ápolás esetére szóló kiegészítő biztosítás megkötése

Választott biztosítási összeg: _____ Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

Műtéti térítés esetére szóló kiegészítő biztosítás

Választott biztosítási összeg: _____ Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

Magánkórházi és egynapos sebészeti ellátás szervezésére és költségtérítésre szóló kiegészítő biztosítás megkötése

Választott biztosítási összeg: 3 000 000 Ft Tarifális éves díj: _____ Ft

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési neve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____ □□□□ □□ □□

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Biztosított foglalkozása (tényleges tevékenysége): _____

Új biztosított belépése vagy új kiegészítő biztosítás kötése esetén csatolni kell egy a kérelem benyújtásakor hatályos, hiánytalanul **kitöltött és aláírt egészségi nyilatkozatot**. A biztosító a vonatkozó kockázatelbírási szabályainak figyelembevételével hajtja végre a kért módosítást, a módosítási kérelmet indoklás nélkül elutasíthatja.

A biztosító a biztosított belépésére vagy kiegészítő biztosítás kötésére irányuló igény beérkezését követő hónap első napjával hajtja végre a kért módosítás(oka)t. **Kivéve, ha a kérelem a biztosítási évforduló előtt 90. napon vagy azt követően érkezik meg a biztosítóhoz.** Ebben az esetben a biztosító a módosítást a következő biztosítási év első napjával hajtja végre.

Biztosított kilépése, kiegészítő biztosítás felmondása évfordulóval

- Biztosított kilépése az UNIQA Lifeguard kockázati életbiztosítás szerződésből (és minden, a biztosítotthoz kapcsolódó kiegészítő biztosításból)
- 40%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás felmondása
- 70%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás felmondása
- 35 elemű kiemelt kockázatú betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás felmondása
- Kórházi ápolás esetére szóló kiegészítő biztosítás felmondása
- Műtéti térítés esetére szóló kiegészítő biztosítás felmondása
- Magánkórházi és egynapos sebészeti ellátás szervezésére és költségtérítésre szóló kiegészítő biztosítás felmondása

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési neve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____ □□□□ □□ □□

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

A biztosító a biztosított kilépésre vagy kiegészítő biztosítás megszüntetésére irányuló igény beérkezését követő hónap első napjával hajtja végre a kért módosítás(oka)t. **Kivéve, ha a kérelem a biztosítási évforduló előtt 90. napon vagy azt követően érkezik meg a biztosítóhoz.** Ebben az esetben a biztosító a módosítást a következő biztosítási év első napjával hajtja végre.

Biztosítási összeg emelése évfordulóval

- UNIQA Lifeguard kockázati alapbiztosítás választott új biztosítási összege: _____ Ft
- 40%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás új biztosítási összege: _____ Ft
- 70%-ot elérő egészségkárosodás esetére szóló kiegészítő biztosítás új biztosítási összege: _____ Ft
- 35 elemű kiemelt kockázatú betegségek esetére szóló kiegészítő biztosítás új biztosítási összege: _____ Ft

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési neve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____ □□□□ □□ □□

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

A kérelemhez minden esetben csatolni kell egy a kérelem benyújtásakor hatályos, hiánytalanul **kitöltött és aláírt egészségi nyilatkozatot**. A biztosító a vonatkozó kockázatelbírási szabályainak figyelembevételével hajtja végre a kért módosítást a biztosítási évfordulóra, a módosítási kérelmet indoklás nélkül elutasíthatja.

A biztosító a biztosítási összeg növelését a kérelem beérkezését követő hónap első napjával hajtja végre. **Kivéve, ha a kérelem a biztosítási évforduló előtt 90. napon vagy azt követően érkezik meg a biztosítóhoz.** Ebben az esetben a biztosító a módosítást a következő biztosítási év első napjával hajtja végre.

A Szerződő és a Biztosított(ak) nyilatkozatai, hozzájárulásai

1. Szerződő tudomásul veszi, hogy a szerződést érintő valamennyi változásról (pl. biztosítási védelem megszűnt, illetőleg megkezdődött) a Szerződő kötelessége a Biztosított(ak)at megfelelően tájékoztatni.
2. A Szerződő **kijelenti**, hogy az UNIQA Lifeguard kockázati életbiztosítás Biztosítási Feltételeit és Ügyféltájékoztatóját előzetesen megismerte, megértette és elfogadta.
3. A Szerződő és a Biztosított **kijelentik**, hogy a jelen kérelemben, és a kérelemmel egyidőben kitöltött 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 azt vonhatja maga után, hogy a Biztosító kötelezettsége nem áll be.
4. A Szerződő és a Biztosított **felhatalmazást adnak** a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.

5. A Szerződő és a Biztosított **tudomásul veszik**, hogy a jelen kérelemben megadott adataikban bekövetkezett változásról 15 munkanapon belül írásban tájékoztatnia kell a Biztosítót. A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
6. A Szerződő és a Biztosított **tudomásul veszik**, hogy a Biztosítottnak magyarországi állandó lakcímmel vagy állandó tartózkodási címmel kell rendelkeznie.
7. **A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre, és amely meglévő betegségről a kockázatviselés kezdetekor tudomással bírtak.**
8. **A Szerződő és a Biztosított tudomásul veszik, hogy a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve e sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.**
9. A Szerződő és a Biztosított **tudomásul veszik**, hogy a Biztosítónak jogában áll jelen kérelmet a beérkezését követő 15 napon belül – amennyiben az elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) szükséges, 60 napon belül – indoklás nélkül elutasítani.
10. A Biztosító valamennyi fedezet vonatkozásában az orvosi vizsgálat nélkül létrejött biztosítási szerződésre 6 hónapos várakozási időt köt ki. A Biztosító a várakozási idő alatt csak a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett balesetből eredő biztosítási események tekintetében vállalja a kockázatot. Amennyiben a várakozási időn belül bekövetkezett biztosítási esemény nem baleset következménye, a biztosító a szolgáltatást nem teljesíti.
11. A Biztosító jelen kérelemben kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a kérelmet a biztosító elutasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a kérelem elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges
12. A Szerződő és a Biztosított **kijelentik**, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Szerződként megteszem a fenti nyilatkozatokat.

Biztosítottként megteszem a fenti nyilatkozatokat.

Adatkezelési nyilatkozat

1. A Szerződő és a Biztosított(ak) **kijelentik**, hogy a jelen nyilatkozatot, ajánlatban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket, valamint a Biztosítási Feltételek *Adatkezelés, adatvédelem* pontját elolvasták, megértették és tudomásul vették.
2. A Biztosított(ak) **kifejezetten hozzájárul(nak)** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapottal kapcsolatos adatai(ka)t a biztosítási szerződés teljesítése érdekében, illetve a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek teljesítése céljából kezelje. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy törvényben meghatározott egyéb cél lehet.
3. A Szerződő és a Biztosított(ak) **hozzájárulnak** ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász) az egészségügyi és egyéb személyes adataikat beszeresse. Ezen adatkezelő személyeket felmentik a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulnak ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és egyéb személyes adataikat a Biztosítónak továbbítsák.
4. A Szerződő és a Biztosított(ak) **hozzájárulnak** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségügyi adataikat az egészségügyi ellátását nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személyeknek (pl. háziorvos, belgyógyász) a szerződés teljesítéséhez szükséges mértékben továbbítsa.

Szerződként megteszem a fenti nyilatkozatokat.

Biztosítottként megteszem a fenti nyilatkozatokat.

Dátum: _____

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása