

Módosítási nyomtatvány átdolgozásokhoz Puzzle balesetbiztosításoknál

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 szerződésből

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

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

☐ új Biztosított a szerződésben

☐ Biztosított kiléptetése szerződésből

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

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

☐ új Biztosított a szerződésben

☐ Biztosított kiléptetése szerződésből

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

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

BIZTOSÍTÁSI CSOMAG MÓDOSÍTÁSA

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Választott új balesetbiztosítási csomag megnevezése: ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Gyermekek

Biztosított családi és utóneve: _____

Biztosított születési helye és ideje: _____

Biztosított anyja születési neve: _____

Biztosított lakcíme: _____

Választott új balesetbiztosítási csomag megnevezése: ☐ Bázis ☐ Standard ☐ Optimum ☐ Gyermekek

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. A Szerződő és a Biztosított(ak) (a továbbiakban a Biztosított vagy Biztosítottak együttesen: „Biztosított”) aláírásukkal igazolják, hogy a Puzzle 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 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 3. országba történik adattovábbítás, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége 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 Puzzle Balesetbiztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja tartalmazza.
6. A Szerződő és a Biztosított kijelentik, hogy a jelen ajánlatban foglalt adatvédelmi rendelkezéseket (ld. a Puzzle Balesetbiztosítási feltételek „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontja) elolvasták, megértették és tudomásul vették.
7. A Szerződő és a Biztosított(ak) tudomásul veszik, hogy nem lehet Biztosított az, aki az ajánlattételkor rokkantsági nyugdíjas, járadékos, rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül, illetve akinek munkaképesség-csökkenés megállapítására irányuló kérelme van folyamatban. Alulírott Biztosított hozzájárul ahhoz, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. 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. A Szerződő és a Biztosított(ak) tudomásul veszik, hogy a biztosító a balesetek, illetve a baleseti eredetű események köréből kizárja a versenyszerű sportolás, edzés, a különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport közben bekövetkezett, valamint a meglévő egészségkárosodással, fogyatékkal, örökölt betegséggel összefüggésbe hozható eseményeket.
10. A Szerződő és a Biztosított(ak) tudomásul veszik, hogy az UNIQA Biztosító Zrt.-nek jogában áll jelen ajánlatot – a kötvény kiállítására jogosult egységhez történő beérkezéstől számított – 15 napos határidőn belül indoklás nélkül elutasítani.

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