Biztosítotti nyilatkozat

a Hivatásos Tűzoltók Független Szakszervezete részére nyújtott
Pajzs kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz

GENERALI

Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: 06 40 200 250 • www.generali.hu

Jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem az alábbiakban megjelölt szerződő és a Generali Biztosító Zrt. (Székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.), mint biztosító között létrejött Pajzs kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés hatályának reám, mint biztosítottra való kiterjesztését.

Szerződő adatai

Név: Hivatásos Tűzoltók Független Szakszervezete

Székhely: 8748 Kehidakustány, Vadingó u. 1134/A/2.

Adószám: 19022565-2-20

Szerződő cégjegyzék/ nyilvántartási száma: 13.Pk.63.055/1990 nyilvántartási szám: 3.117

Szakszervezeti tag adatai*

Név: .....

Állandó lakcím: .....

Születési hely, idő: ..... Telefonszám: .....

* abban az esetben kell kitölteni, ha a biztosított nem azonos a szakszervezeti taggal

Biztosított adatai**

Biztosítotti csoport neve: .....

Biztosítotti csoport száma: .....

Név: .....

Állandó lakcím: .....

Születési hely, idő: .....

Anyja születési neve: .....

Levelezési név: .....

** amennyiben a biztosított és a szakszervezeti tag nem azonos személy, úgy a biztosított kizárólag a fentiekben megjelölt szakszervezeti tag közeli hozzátartozója lehet

	Biztosítási összeg					
Csomag:	A	B	C	D	E	F
Biztosítási védelem terjedelme:	24 órás			munkahelyi+úti		
Baleseti halál	500 000	500 000	300 000	1 000 000	1 000 000	500 000
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	1 000 000	1 000 000	500 000	2 000 000	1 000 000	1 000 000
Csonttörés	40 000	40 000	30 000	100 000	100 000	50 000
Baleseti költségtérítés	50 000	50 000	40 000	50 000	50 000	30 000
Baleseti kórházi napi térítés	3 000	3 000	2 000	10 000	5 000	4 000
Baleseti műtéti térítés	200 000	100 000	50 000	500 000	500 000	300 000
Égési sérülés	1 000 000	1 000 000	500 000	1 000 000	1 000 000	800 000
Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás	1 000 000	1 000 000	700 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Poggyász, ruházat sérülése	5 000	5 000	5 000	10 000	5 000	5 000
Baleseti keresőképtelenség 15. naptól	1 000	—	—	1 000	—	—
Haláleseti térítés	500 000	400 000	300 000	1 000 000	500 000	400 000
Fizetendő biztosítási díj, Ft (fő/év)	**6 600**	**3 600**	**2 400**	**6 000**	**3 600**	**2 400**

Kelt: .....

Biztosított aláírása .....

Szakszervezeti tag aláírása .....

Nysz.: 16877

A biztosított nyilatkozata

Adatvédelem – Titoktartási kötelezettség alóli felmentés

GENERALI

Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: 06 40 200 250 • www.generali.hu

1. Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent **közölt azonosító adataim a valóságnak megfelelnek,** egyben tudomásul veszem, hogy az **azokban bekövetkezett változásokról a tudomásszerzéstől számított 5 munkanapon belül köteles vagyok a biztosítót értesíteni.**
2. Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Szerződő a biztosítotti jogviszony létrejötte, nyilvántartása és a szolgáltatás teljesítése céljából indokolt, fentiekben megadott adataimat a Biztosítónak a cél és ok megjelölésével átadja, és a Biztosító azokat nyilvántartsa, külföldi adatkezelő szervéhez, illetve a Biztosító a viszontbiztosítójához továbbítsa.
3. Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítotti jogviszony létrejöttével, fenntartásával és a biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat beszerezze, nyilvántartsa és felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben meghatározott egyéb célokra az arra jogosultnak továbbítsa, továbbá az általam bejelentett szolgáltatási igényről és kizárólag a szolgáltatás teljesítéséről, vagy az elutasítás tényéről a Szerződőt tájékoztassa.
4. Elismerem, hogy a jelen nyilatkozat aláírása előtt tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási feltételekben meghatározott esetekben a biztosító egyedi kockázatelbírását végezhet (Egészségi nyilatkozat megtétele és/vagy orvosi, egészségi vizsgálat elvégzése). Tudomásul veszem, hogy a kockázatelbírálás esetén a biztosítotti jogviszony csak akkor jön létre, ha az Egészségi nyilatkozat, illetve orvosi, egészségi vizsgálati jelentés alapján a biztosító a biztosítási kockázatot vállalja.
5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítotti jogviszonyommal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – adatokat és a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.
6. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítási titkot képező személyes adataimat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett elektronikus adatfeldolgozási célból elektronikus adatfeldolgozó részére, továbbá szerződött szakértői részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja. Tudomással bírok arról, hogy a biztosító az érintett kérelmére tájékoztatást ad az általa kezelt, illetőleg az általa megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevéről, címéről (székhelyéről) és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről.
7. Tudomással bírok arról, hogy az adatvédelmi törvény alapján, az abban foglaltak szerint tájékoztatást kérhetek személyes adataim kezeléséről, kérhetem személyes adataim helyesbítését, és – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – zárolását és törlését. Tudomással bírok továbbá arról, hogy tiltakozhatok személyes adataim kezelése ellen, illetve jogsérelem esetén megillet a bírósági jogérvényesítés joga, valamint jogosult vagyok a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.) bejelentéssel élni.
8. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam a biztosítási szerződés és a biztosítotti jogviszony jellemzőiről, a Generali Biztosító Zrt. főbb adatairól, a biztosító fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó fő szervezeti egysége és felügyeleti szerve megnevezéséről, azok elérhetőségéről és a biztosításközvetítő főbb adatairól.
9. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony egészségi kockázatelbírálás nélkül jön létre, akkor a biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban felsorolt esetekkel okozati összefüggésben álló eseményekre, az adott biztosítottra vonatkozó adott kockázat kockázatviselésének kezdetétől számított 5 évig: a) a biztosított olyan betegsége vagy kóros állapota, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselése kezdetét megelőző egy évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselést megelőző egy éven belül kórismézték, vagy amely idő alatt gyógykezelést igényelt. b) az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselést megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.
10. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem vagyok a Hivatásos Tűzoltók Független Szakszervezete tagja, úgy csak abban az esetben válhatok biztosítottá, ha a szakszervezeti tagsággal rendelkező biztosított közeli hozzátartozója – házastársa, egy éven túli élettársa, vér szerinti gyermeke, vér szerinti szülője – vagyok.
11. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a közeli hozzátartozóm szakszervezeti tagsága nyomán váltam biztosítottá, akkor az ő biztosítotti jogviszonyának megszűnése esetén ugyanabban az időpontban az én biztosítotti jogviszonyom is megszűnik.
12. Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosító a biztosítási feltételekben írt esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, szolgáltatását korlátozza, illetve bizonyos eseményeket a kockázatviseléséből kizár.
13. **Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződés elévülésére vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elévülési időtől. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésből, biztosítotti jogviszonyból származó igényének 2 (két) év elteltével elévülnek.**

Kelt: .....

..... Biztosított aláírása

..... Szakszervezeti tag aláírása

Biztosítotti nyilatkozat

a Hivatásos Tűzoltók Független Szakszervezete részére nyújtott
Pajzs kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz

GENERALI

Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: 06 40 200 250 • www.generali.hu

Biztosított adatai

Név: .....

Születési hely, idő: .....

Kedvezményezett jelölésre vonatkozó nyilatkozat:

A biztosított halála esetére szóló kedvezményezett jelölés

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kedvezményezett jelölés a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kedvezményezett neve: ..... Biztosítási összeg: .....% .....Ft

Kelt: .....

.....
Biztosított aláírása

.....
Szerződő cégszerű aláírása

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz

Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből/biztosítotti jogviszonyból származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)–(7) bekezdéseiben, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító az egészségügyi állapotommal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási szerződés, illetve a biztosítotti jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel, illetve biztosítotti jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, illetőleg ameddig azt jogszabály kötelezővé teszi. A biztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, melynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül

Kelt: .....

.....
Biztosított aláírása

Előttünk mint tanúk előtt

Tanú 1.

Név: .....

Lakcím: .....

.....

Aláírás: .....

Tanú 2.

Név: .....

Lakcím: .....

.....

Aláírás: .....