

SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Beküldendő postai úton: SIGNAL Biztosító Zrt. Személykárrendezés, 1519 Budapest, Pf. 260, vagy elektronikusan: info@signal.hu címre vagy faxon, a 06-1-458-4260 számon. Kérjük, hogy a kitöltés során olvassa el az igénybejelentő második oldalán található tájékoztatót!

--

Kötvényszám:

(Kötelező kitölteni!)

*Szerződő neve:	Lakcíme (helység, közterület, házszám): <input type="text"/>	Tel. száma:	E-mail:
Biztosított neve:	Születési idő és hely: <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	Tel. száma:	E-mail:
Lakcíme (helység, közterület, házszám):	Anyja neve:		
<input type="text"/>			
Együttbiztosított neve:	Születési idő és hely: <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	Tel. száma:	E-mail:
Lakcíme (helység, közterület, házszám):	Anyja neve:		
<input type="text"/>			

**Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképese személy esetén (Gondnokságot igazoló határozat másolatát csatolni szükséges)

Biztosított Együttbiztosított Kedvezményezett

Törvényes képviselő/gyám neve: Tel. száma:

Lakcíme: E-mail:

BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ

Baleset időpontja: év hó nap óra perc

Baleset helye és részletes leírása:

**ESEMÉNYEK	BENYÚJTANDÓ IRATOK
<input type="checkbox"/> Elérés	kötvény, biztosított, együttbiztosított és a kedvezményezett életben létét igazoló okirat (személyi azonosító igazolvány, lakcímkártya, jogosítvány, útlevél) másolata aláírással és dátummal ellátva
<input type="checkbox"/> Elhalálozás	kötvény, biztosított, együttbiztosított halotti anyakönyvi kivonata, halottvizsgálati bizonyítvány, 5 éven belüli elhalálozás esetén: haláleset utáni orvosi jelentés, orvosi dokumentumok, zárójelentések
<input type="checkbox"/> Házasságkötés	kötvény, biztosított, együttbiztosított életben létét igazoló okirat másolata aláírással és dátummal ellátva, házassági anyakönyvi kivonat
<input type="checkbox"/> Továbbtanulás	kötvény, oktatási intézmény igazolása a továbbtanulásról, írásbeli továbbtanulási kérelem
<input type="checkbox"/> Baleseti halál	kötvény, halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, hatósági jegyzőkönyvek, határozatok, baleset utáni valamennyi orvosi dokumentáció
<input type="checkbox"/> Baleseti egészségkárosodás	baleset utáni összes orvosi dokumentáció, baleset időpontját követő 1 év után a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés
<input type="checkbox"/> Munkaképtelenség esetén díjmentesség	betegállomány alatti időszak orvosi igazolásai diagnózissal ellátva, orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés, várandósgondozási könyv másolata
<input type="checkbox"/> D-E rokkantság	NRSZH vagy a rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> C2 rokkantság	NRSZH vagy a rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> Műtéti térítés	a WHO kódot tartalmazó kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Kórházi napidíj	kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Csonttörés	orvosi dokumentációk, röntgen lelet a csonttörésről
<input type="checkbox"/> Gyermekek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
<input type="checkbox"/> Egyéb	

A MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI

Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását az alábbi bankszámlaszámra: Igen Nem

Bankszámlaszám: -- Bank neve:

Kelt: , év hó nap. Szerződő aláírása:

A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA		
Kedvezményezett neve:	Születési idő és hely: _____ év ____ hó ____ nap	Tel.szám:
Kedvezményezett lakcíme (helység, közterület, házszám): _____	Anyja neve:	E-mail:
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: _____		Bank neve:
Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap.		Kedvezményezett aláírása
Kedvezményezett neve:	Születési idő és hely: _____ év ____ hó ____ nap	Tel.szám:
Kedvezményezett lakcíme (helység, közterület, házszám): _____	Anyja neve:	E-mail:
Szolgáltatást kérném erre a bankszámlára utalni : _____		Bank neve:
Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap.		Aláírás

A többszörösen módosított 2003. évi adózás rendjéről szóló törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

- Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanyoknak minősülök. Egyéb országbeli adóilletőségű személynek / jogalanyoknak minősülök.
 Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanyoknak minősülök, EU adószámom: _____.

Felhívjuk figyelmét, hogy az adóügyi illetőség tisztázása a szolgáltatás teljesítéséhez elengedhetetlen, ezért a szolgáltatás kifizetésre csak a nyilatkozat benyújtását követően kerülhet sor!

További kezdeményezett(ek) esetén a csatolt pótlapok száma: _____

A SIGNAL BIZTOSÍTÓ ZRT.- NÉL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE TÖRTÉNŐ ÁTKÖNYVELÉS ESETÉN SZÜKSÉGES KITÖLTENI	
Új szerződés kötvényszáma: _____	Utalandó összeg:
Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap.	Kedvezményezett aláírása:

HIÁNYOS KÁRBEJELENTÉS (BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI)
A benyújtott kárigényhez az alábbi dokumentációk hiányoznak: A mai napon személyesen leadott kárigény hiányos, ezért a fentiekben megadott dokumentációt a Személykárrendezés számára pótlólag megküldöm vagy a SIGNAL Biztosító Ügyfélszolgálatán átadom. Tudomásul veszem, hogy a hiánypótlás megérkezéséig érdemi kárelbírálás nem folytatható és szolgáltatás nem teljesíthető. Tudomásul veszem, hogy az igény jogalapjának és összecszerűségének megállapításához a fentiekben túl a biztosító egyéb iratokat is bekérhet. Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap. _____ az igénybejelentő aláírása

IGAZOLÁS ELÉRÉS ESETÉN
Igazolom, hogy a biztosított(ak), együttbiztosított(ak) és a kedvezményezett(ek) életben létét a rendelkezésemre bocsájtott okiratok alapján igazolom. <input type="checkbox"/> képviselő <input type="checkbox"/> ügyfélszolgálati munkatárs Név: _____ Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap. Aláírás: _____

AZ IGÉNYBEJELENTŐT A BIZTOSÍTÓ RÉSZÉRŐL ÁTVETTE
Szervezeti egység: _____ Név: _____ Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap. Aláírás: _____

SZAKSZERVEZETI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN
Igazolom hogy a biztosított személy a _____ szakszervezet tagja Aláírás: _____ Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap. Bélyegző helye:

Tájékoztató a Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő kiegészítéséhez

A kárbejelentéshez szükséges minden dokumentum a www.signal.hu honlapról letölthető.

A szolgáltatási igény rendezése során a biztosító bekérhet további, a biztosítási feltételben meghatározott dokumentumokat is.

- Életbiztosítások esetén a 3,6 millió forintot elérő, vagy ezt meghaladó összegű kifizetésnél a törvényi szabályozásnak megfelelően minden kedvezményezettnek a teljes azonosítási adatlap kitöltése szükséges. Elérési útvonala: www.signal.hu /Online ügyfélszolgálat/ szerződés,- adatmódosítás/klasszikus életbiztosítások **vagy** befektetéshez kötött életbiztosítás/azonosítási adatlap.

Az elérési szolgáltatáshoz szükséges dokumentumokat az elérési időpontját követően kell a Biztosító rendelkezésére bocsájtani. Elérési szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés elérési kedvezményezettje.

Az életbenlét igazolása történhet

- a biztosított, az együttbiztosított és a kedvezményezett által aláírt, dátummal ellátott, a biztosító felé eljuttatott személyi azonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevél/lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolattal vagy személyesen, ha a biztosított, együttbiztosított és a kedvezményezett nem járul hozzá az okmányok másolatához. Az azonosítást személyes megjelenés esetén a biztosítási képviselő, vagy a SIGNAL Biztosító ügyfélszolgálati munkatársa végzi.

A haláleseti szolgáltatásnál a szolgáltatásra jogosult személy a szerződés haláleseti kedvezményezettje.

Közlekedési baleset esetén a rendőrségi, hatósági jegyzőkönyv másolata, továbbá ha a biztosított a káresemény időpontjában a gépjármű vezetője volt, a véralkohol szintet tartalmazó hivatalos dokumentum másolata is szükséges.

* Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező

** Kérjük, hogy választását jelölje a megadott négyzetekben

NYILATKOZAT ADÓILLETŐSÉGRŐL

A nyilatkozat a 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA – törvény) végrehajtásához szükséges. 2014. július 1-jétől kötelezően töltendő! A FATCA - törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló *FATCA tájékoztató* tartalmaz részletes rendelkezéseket. Ezen tájékoztató elérhető a www.signal.hu honlapon.

Egyesült államokbeli személy jelen nyilatkozat értelmében az, aki egyesült államokbeli adóilletőséggel rendelkezik, aki egyesült államokbeli állampolgársággal vagy belföldi illetőséggel bír vagy jogi személyek esetén az Egyesült Államok vagy annak valamely államának jogszabályai alapján alakult.

1. Természetes személy szerződő illetve kedvezményezett nyilatkozata adóilletékességről

Alulírott,

a FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

egyesült államokbeli személynek nem minősülök.

egyesült államokbeli személynek minősülök, egyesült államokbeli adószámom:

2. Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet szerződő /kedvezményezett nyilatkozata adóilletőségről

a) Alulírott, , mint a képviselője

a FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam képviselt jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet

nem minősül egyesült államokbeli jogalanynak.

egyesült államokbeli jogalanynak minősül, egyesült államokbeli adószáma:

b) Alulírott, , mint a képviselője

a FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam képviselt jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet

Pénzügyi intézmény: igen nem

Nem Résztvevő Pénzügyi Intézménynek minősül: igen nem

Pénzügyi Intézmény GIIN száma:

c) Alulírott, , mint a képviselője

a FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam képviselt jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek egy vagy több természetes Személy is tagja, aki(k) Egyesült Államokbeli Személynek minősül(nek).

igen (e személyek neve, címe, egyesült államokbeli adóazonosítója:

nem

Alulírott szerződő/kedvezményezett tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatban rögzített adatok megváltozását 5 munkanapon belül írásban be kell jelentenem a biztosítónak.

Alulírott szerződő tájékoztatást kaptam arról, hogy a FATCA törvény értelmében Magyarország és az Amerikai Egyesült Államok arról állapodtak meg, hogy adóhatóságokon keresztül kölcsönös automatikus információcserét nyújtanak egymásnak abból a célból, hogy az egyesült államokbeli adóilletőséggel rendelkező adóalanyok az Egyesült Államokban adófizetési kötelezettségeiket teljesítsék. Az információcsere megvalósításához szükséges hazai jelentéstételi rendszer keretében a FATCA törvény kötelezi a biztosítót, hogy adatot szolgáltatson a magyar adóhatóság felé az összes olyan egyesült államokbeli számlatulajdonosról, akik egyesült államokbeli adóilletőséggel rendelkeznek.

A fenti adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében a 2003. évi LX. törvény (Bit.) 167/C-167/D. §-ában foglalt előírások szerint a biztosító ügyfelei vonatkozásában a FATCA törvény I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (illetőségvizsgálat) kell végeznie.

A fentiek alapján hozzájárulok, hogy a biztosító a FATCA-törvényben előírt illetőségvizsgálatot elvégezze, azzal összefüggésben adataimat kezelje és a Nemzeti Adó- és Vámhivatal részére továbbítsa.

Tudomásul veszem továbbá, hogy az illetőségvizsgálat megtagadása, vagy valótlan, hiányos adatok szolgáltatása esetén a Biztosító jogosult az ajánlatot elutasítani, a biztosítási szerződést azonnali hatállyal felmondani és köteles az adóhatóság felé adatszolgáltatást teljesíteni.

Dátum: év hó nap

Aláírás: