Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő

SIGNAL IDUNA

Beküldendő postai úton: SIGNAL IDUNA 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 utolsó oldalán található tájékoztatót!

Kötvényszám: 3 ← (szakszervezet kötvényszáma)

Életbiztosítási szolgáltatás esetén kötelező kitölteni!

SZERZŐDŐ ADATAI	
Szerződő neve*: Minta Szakszervezet	Születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útlevél/vezetői engedély száma/ cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útlevél/vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye: szakszervezet címe
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

* Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező, valamint amennyiben cég a szerződő, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot" és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot"

BIZTOSÍTOTT ADATAI	
Biztosított/együttbiztosított neve (amennyiben eltér a szerződő személyétől): Minta József	Biztosított születési neve: Minta József
Születési helye, dátuma: város; 19.. .01.01.	Adóazonosító jele/adószáma: adószám
Állampolgársága: magyar (egyéb)	Személyazonosító igazolvány száma/útlevél/vezetői engedély száma: hivatalos okmány száma
Személyazonosító igazolvány/útlevél/vezetői engedély érvényességi ideje: érvényesség dátuma	Lakcímkártya száma: lakcím kártya száma
Anyja születési neve: Minta Erzsébet	Telefonszám: 06 1 1234567
E-mail cím: minta@email.hu	Címe/székhelye: 11.., Budapest; Minta u. 1.
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

**Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, kiskorú személy esetén (Gondnokságot igazoló határozat másolatát csatolni szükséges)		
☐ Biztosított	☐ Együttbiztosított	☐ Kedvezményezett
Törvényes képviselő/szülő/gyám neve:		Tel.száma:
Lakcíme:		E-mail:

⇓

kiskorú vagy gondnokolt esetén kitöltendő!

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu, info@signal.hu

SIGNAL IDUNA

NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Igazolom, és aláírásommal hitelesítem, hogy a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezelesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Mint biztosított, a Biztosító részére hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges, azokkal közvetlenül összefüggő és elengedhetetlenül szükséges, az egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezelje és nyilvántartsa. Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi adatokat a Biztosító kizárólag az Ön írásbeli hozzájárulásával kezelheti.

Felhatalmazom továbbá a Biztosítót, hogy a fenti cél elérése érdekében az elengedhetetlenül szükséges, egészségi állapotomra vonatkozó és hozzájuk kapcsolódó adataimat háziorvosomtól, valamint mindazoktól az egészségügyi intézményektől, orvosoktól, gyógyszerészektől, természetgyógyászoktól és a gyógykezelésemmel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. § és a 147-151. § meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal felmentem az ezen adatok jogszabályi felhatalmazása alapján nyilvántartó fenti személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól, valamint felhatalmazom a háziorvosomat, kezelőorvosomat valamint az egészségügyi ellátásomban részt vevő személyeket, hogy az egészségügyi ellátásom során tudomásukra jutott, a fenti célok eléréséhez az elengedhetetlenül szükséges egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat írásbeli kérésre a biztosítónak, még elhalálozásom esetén is kiadják.

Felhatalmazom a Biztosítót, hogy az esetleges kárüggyel kapcsolatban indult büntetőeljárás során keletkezett iratokba betekintsen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen.

Az info@signal.hu e-mail címre küldött kérésére, vagy telefonon a 06 1 458 4200 számon, postai úton (postacím: SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. 1519 Budapest Pf. 260.) vagy személyesen a Biztosító központi ügyfélszolgálati irodájában bármikor tájékoztatást kérhet a fenti személyes adatai kezeléséről, illetve hozzájárulását bármikor, indoklás és korlátozás nélkül, ingyenesen visszavonhatja.

Szeretnénk felhívni figyelmét, hogy mivel az egészségügyi adatok kezelése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződésből származó követelések, így különösen a szolgáltatási kötelezettség beálltának, jogalapjának és összegszerűségének megítéléséhez, ezért a hozzájárulás megtagadása vagy visszavonása a szolgáltatás ellehetetlenülését vonhatja maga után.

Igazolom, és aláírásommal hitelesítem, hogy jelen nyilatkozatot önkéntesen tettem, azt követően, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos részletes információkat a signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezelesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) elolvastam, megértettem és elfogadom.

Kelt: 2018.06.20.	Biztosított sajátkezű aláírása*: Minta József

*kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

⇓

Fontos kitölteni!

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu, info@signal.hu

SIGNAL IDUNA

BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ	
Baleset időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):	2017. 12. 31. 19.30.
Baleset helye és részletes leírása:	Otthonomban elestem; bokám sérült.
Volt-e már előzőleg sérülése, egészségkárosodása a most sérült testrészen?	☐ Igen ☒ Nem
Amennyiben igen, kérjük, részletezze!	

Érdemes kiválasztani az igényelt szolgáltatást pl:

**ESEMÉNYEK	BENYÚJTANDÓ IRATOK
☐ Elérés	kötvény, biztosított, együttbiztosított és a kedvezményezett életben létét igazoló okirat, amely lehet egy teljes körűen kitöltött azonosítási adatlap vagy érvényes személyazonosító igazolvány, lakcímkártya, jogosítvány, útlevél másolata aláírással és dátummal ellátva
☐ Elhalálozás	kötvény, biztosított, együttbiztosított halotti anyakönyvi kivonata, halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, haláleset utáni orvosi jelentés, orvosi dokumentumok, zárójelentések, a kedvezményezett jogosultságának igazolása, hagyatékátadó végzés (név szerinti kedvezményezett jelölés hiányában)
☐ Házasságkötés	kötvény, biztosított, együttbiztosított életben létét igazoló okirat másolata aláírással és dátummal ellátva, házassági anyakönyvi kivonat
☐ Továbbtanulás	kötvény, oktatási intézmény igazolása a továbbtanulásról, írásbeli továbbtanulási kérelem
☐ Baleseti halál	kötvény, halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálai bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, hatósági jegyzőkönyvek (pl. baleseti- , rendőrségi- , munkahelyi baleseti jegyzőkönyv), határozatok, baleset utáni valamennyi orvosi dokumentáció, véralkohol ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény
☐ Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	baleset utáni összes orvosi dokumentáció, baleset időpontját követő 1 év után a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés
☐ Munkaképtelenség esetén díjmentesség	betegállomány alatti időszak orvosi igazolásai diagnózissal ellátva, orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés, várandósgondozási könyv másolata
☐ D-E rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
☐ C2 rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
☒ Műtéti térítés	a WHO kódot tartalmazó kórházi zárójelentés
☒ Kórházi napidíj	kórházi zárójelentés
☒ Csonttörés	orvosi dokumentációk, röntgen lelet a csonttörésről
☐ Gyermek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
☒ Egyéb	15. napot meghaladó táppénz

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

A MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI	
Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását az alábbi bankszámlaszámra: ☐ Igen ☐ Nem	
Bankszámlaszám:	
Bank megnevezése:	
Kelt:	Szerződő aláírása:

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu, info@signal.hu

SIGNAL IDUNA

A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA	
Kedvezményezett neve***: Minta József (Biztosított)	Kedvezményezett születési neve: Minta József
Születési hely és idő (év, hó, nap): Város 19.. .01. 01.	Adóazonosító jele / adószáma: adószám
Állampolgársága: magyar (egyéb)	Személyazonosító igazolvány száma / útlevél / vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám): hivatalos okmány száma
Személyazonosító igazolvány /útlevél / vezetői engedély érvényességi ideje: érvényesség dátuma	Lakcímkártya száma: lakcím kártya száma
Anyja születési neve: Minta Erzsébet	Telefonszám: 06/123 4567
E-mail cím: minta@email.hu	Címe/székhelye: 11.., Budapest Minta u. 1.
Értesítési címe (ha eltér a címtől / székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a "Tényleges tulajdonosi nyilatkozat"-ot) ☒ Igen ☐ Nem	Kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök (Amennyiben a válasz igen, akkor kötelező kitölteni a "Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat" c. nyomtatványt.) ☐ Igen ☒ Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: 11 2233 44 - 55667788 - ____ Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot") ☒ Igen ☐ Nem	Bank megnevezése:
vagy Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
☒ Állandó címre:	11.., Budapest Minta u. 1.
☐ Levelezési címre:	
☐ Egyéb címre:	

***Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot" és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot"

~~NYILATKOZAT~~

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

~~☐ Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. ☐ Egyéb országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.~~

~~☐ Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök~~

~~A magyarországi adóazonosító jelem: ____~~

~~Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Uniós állam ****: ____~~

Igazolom, és aláírásommal hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezelesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Kelt: 2018.06.20.	Kedvezményezett aláírása: Minta József

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu, info@signal.hu

SIGNAL IDUNA

A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA	
Kedvezményezett neve***:	Kedvezményezett születési neve:
Születési hely és idő (év, hó, nap):	Adóazonosító jele / adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma / útlevél / vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány /útlevél / vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímkártya száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől / székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a "Tényleges tulajdonosi nyilatkozat"-ot) ☐ Igen ☐ Nem	Kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök (Amennyiben a válasz igen, akkor kötelező kitölteni a "Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat" c. nyomtatványt.) ☐ Igen ☐ Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ - ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ - ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴ Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot") ☐ Igen ☐ Nem	Bank megnevezése:
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
☐ Állandó címre:	
☐ Levelezési címre:	
☐ Egyéb címre:	

***Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot" és a „Tényleges tulajdonosi nyilatkozatot"

NYILATKOZAT

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

☐ Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. ☐ Egyéb országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.

☐ Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök

A magyarországi adóazonosító jelem: ⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴⌴

Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Uniós állam ****: _____

Igazolom, és aláírásommal hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezelesi_tajekoztato_szemelyes_adatok_kezelesevel_kapcsolatos_tajekoztato.pdf) található, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást elolvastam, megértettem és elfogadom. Tudomásul veszem, hogy a SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt. (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 50., továbbiakban: Biztosító) a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. Törvény 135. § (1) bekezdése értelmében jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Tudomásul veszem, hogy a kárbejelentés során megadott személyes adataimat a Biztosító biztosítási titokként kezeli.

Kelt:	Kedvezményezett aláírása:

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

****jelölt adóilletőség esetén a Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatás szükséges nyilatkozat kitöltése is kötelező, melyet a www.signal.hu oldalról tud letölteni. Szolgáltatás kifizetésére csak a 2 dokumentum (Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő + Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatás szükséges nyilatkozat) együttes benyújtását követően kerülhet sor.

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

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu, info@signal.hu

SIGNAL IDUNA

A SIGNAL IDUNA BIZTOSÍTÓ ZRT-NÉL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE TÖRTÉNŐ *****ÁTKÖNYVELÉS ESETÉN SZÜKSÉGES KITÖLTENI		
Új szerződés kötvényszáma:		
Átkönyvelendő összeg:	Rendszeres díjként: HUF	Eseti díjként: HUF
Kelt:	Kedvezményezett aláírása:	

***** Kérjük, hogy a megfelelő nyomtatványt csatolja az átkönyvelés végrehajtásához.

IGAZOLÁS ELÉRÉS ESETÉN	
Igazolom, hogy a biztosított(ak), együttbiztosított(ak) és a kedvezményezett(ek) életben létét a rendelkezésemre bocsájtott okiratok alapján ellenőriztem.	
Képviselő:	Ügyfélszolgálati munkatárs:
Kelt:	Aláírás:

AZ IGÉNYBEJELENTŐT A BIZTOSÍTÓ RÉSZÉRŐL ÁTVETTE	
Szervezeti egység:	Név:
Kelt:	Aláírás:

SZAKSZERVEZETI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN	
Igazolom hogy a biztosított személy a Minta Szakszervezet szakszervezet tagja: 20...01.01. -tól 2018.06.20 -ig / jelenleg is	
Tagkártya száma: 1122334455	Bélyegző helye: Bélyegző
Aláírás: igazoló aláírása	
Kelt: 2018. 06. 20.	

TÁJÉKOZTATÓ A SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ KITÖLTÉSÉHEZ
Az elérési szolgáltatáshoz szükséges dokumentumokat az elérés 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. Az azonosítást személyes megjelenés esetén a biztosítási képviselő, vagy a SIGNAL IDUNA 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.
A kárbejelentéshez szükséges minden dokumentum a www.signal.hu honlapról letölthető.
Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a haláleseti/elérési/lejárati szolgáltatás kifizetésének teljesítéséhez a kedvezményezett személyazonosító okmányának (személyi igazolvány, útlevél vagy kártyaformátumú vezetői engedély) arcképes, valamint aláírását, az okmány érvényességi idejét tartalmazó oldalai és a lakcímet igazoló okmánya másolatának megküldése szükséges a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény által előírt ügyfél-átvilágítási kötelezettség teljesítése céljából. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás közvetlenül a http://www.signal.hu/hu/penzmosas-es-terrorizmus_ellen linken érhető el.
Tájékoztatjuk, hogy amennyiben igényét e-mailen juttatja el részünkre, akkor a kérelem és mellékletei kizárólag abban az esetben kerülnek végrehajtásra, ha tisztán olvasható formátumban kerülnek megküldésre.
Életbiztosítási szolgáltatás esetén 3,6 millió forint felett illetve, ha a kifizetésre jogosult közszereplő, ebben az esetben átvilágítás szükséges a 2017. évi LIII. törvény alapján, ehhez kérjük, hogy szíveskedjen személyesen az ügyfélszolgálatunkon (1123 Budapest Alkotás u 50.) vagy tanácsadójánál megjelenni az átvilágítás érdekében.
Amennyiben a kedvezményezett cég és egyéb jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (együtt: cég) a szerződő képviselőjének aláírási címpéldányának másolatát és a képviseletet ellátó személy okmányának másolatát – a magánszemély szerződőhöz hasonló módon – szükséges megküldeni.
A Ptk. alapján azon szolgáltatások esetén, amely a szerződés megszűnésével jár, a szolgáltatás teljesítéséhez a kötvény visszaszolgáltatása szükséges, ezért kérjük, hogy szíveskedjen csatolni az eredeti kötvényt is jelen kérelméhez. Amennyiben az eredeti kötvény elveszett, úgy kérjük erre vonatkozó nyilatkozatát szíveskedjen a kérelmen megtenni.

SIGNAL IDUNA

Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)

Kötvényszám: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

A nyilatkozat a 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) valamint a 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) V/B fejezetének végrehajtásához szükséges. A FATCA-törvény alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló FATCA-tájékoztató, az Aktv. alapján fennálló intézkedésekről a CRS-tájékoztató tartalmaz részletes rendelkezéseket. Ezen tájékoztatók elérhetőek a www.signal.hu honlapon.

1. Természetes személy szerződő/kedvezményezett nyilatkozata adóilletékességről

Alulírott, _____ a FATCA-törvény alapján nyilatkozom, hogy

☐ egyesült államokbeli személynek nem minősülök.

☐ egyesült államokbeli személynek minősülök, egyesült államokbeli adószámom: _____

Az Aktv. alapján nyilatkozom, hogy az alábbi adóügyi illetőséggel/illetőségekkel rendelkezem:

Adóügyi illetőség országa: (1) _____

Érintett állambeli* adóügyi illetőség esetén az adóazonosító: _____

Adóügyi illetőség országa: (2) _____

Érintett állambeli* adóügyi illetőség esetén az adóazonosító: _____

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

a) Alulírott, _____ mint a _____ képviselője
nyilatkozom, hogy az általam képviselt jogi személy
vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet adóilletőségének országa: _____

Amennyiben az adóügyi illetőség országa érintett állam*, illetve egyesült államokbeli állam,
nyilatkozom, hogy az illetőség országában a képviselt szervezet adószáma: _____

b) Alulírott, _____ mint a _____ képviselője
nyilatkozom, hogy az általam képviselt jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek egy vagy több természetes személy is tagja, aki(k) között

☐ VAN
E személy(ek)

Neve: _____

Címe: ⌊⌊⌊⌊ _____

Adóazonosítója: _____

☐ NINCS
Magyarországon kívüli adóügyi illetőségű természetes személy.

c) Alulírott _____ mint a _____ képviselője
az Aktv., illetve a FATCA törvény alapján nyilatkozom, hogy a KÉPVISELT SZERVEZET

☐ AKTÍV

☐ PASSZÍV NEM PÉNZÜGYI JOGALANYNAK MINŐSÜL
Ebben az esetben: természetes személy tag(ok)

Neve: _____

Címe: ⌊⌊⌊⌊ _____

Adóazonosítója: _____

SIGNAL IDUNA

Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)

d) Alulírott _____ mint a _____ képviselője a FATCA törvény alapján 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: _____

Kijelentem büntetőjogi felelősségem tudatában, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Alulírott tájékoztatást kaptam arról, hogy a FATCA törvény értelmében Magyarország és az Amerikai Egyesült Államok arról állapodtak meg, hogy adóhatóságaikon keresztül kölcsönös automatikus információcserét nyújtanak egymásnak abból a célból, hogy az egyesült államokbeli adóilletőségű adóalanyok az Egyesült Államokban adófizetési kötelezettségeiket teljesítsék. Az információcsere megvalósításához szükséges hazai jelentéstételi rendszer keretében a FATCA törvény kötelezi a biztosítót, hogy adatot szolgáltasson a magyar adóhatóság felé az összes olyan egyesült államokbeli számlatulajdonosról, akik egyesült államokbeli adóilletőségűek. A fenti adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 148. §-ában foglalt előírások szerint a biztosító ügyfelei vonatkozásában a FATCA törvény I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (illetőségvizsgálat) kell végeznie.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a biztosító köteles adatot szolgáltatni a magyar adóhatóság felé az összes olyan számlatulajdonosnak minősülő ügyfeléről, akik adóilletősége a 2015. évi CXC. törvénnyel kihirdetett, az államközi adatcserét lehetővé tevő nemzetközi megállapodásban részes államban (továbbiakban: részes állam) van. A részes államok listáját a 2015. évi CXC. törvény 1. sz. melléklete rögzíti*. A fenti adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében a 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 148/A. §-ában foglalt előírások szerint Társaságunknak ügyfelei vonatkozásában a 2013. évi XXXVII. törvény (Aktv.) I. számú Melléklete szerinti illetőségének megállapítására irányuló vizsgálatot (a továbbiakban: illetőségvizsgálat) kell végeznie.

A fentiek alapján hozzájárulok, hogy a biztosító a FATCA-törvényben, illetve az Aktv.-ben 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 felmondani és köteles az adóhatóság felé adatszolgáltatást teljesíteni.

* Részes államok listája: 1. Albánia, 1a. Andorra, 2. Anguilla, 3. Antigua és Barbuda, 4. Argentína, 5. Aruba, 6. Ausztrália, 7. Ausztria, 8. Barbados, 9. Belgium, 10. Belize, 11. Bermuda, 11a. Brazília, 12. Brit Virgin-szigetek, 13. Bulgária, 14. Chile, 15. Ciprus, 16. Cook-szigetek, 17. Costa Rica, 18. Curaçao, 19. Csehország, 20. Dánia, 21. Dél-Afrika, 22. Egyesült Királyság, 23. Észtország, 24. Feröer-szigetek, 25. Finnország, 26. Franciaország, 27. Ghána, 28. Gibraltár, 29. Görögország, 30. Grenada, 30a. Grönland, 31. Guernsey, 32. Hollandia, 33. Horvátország, 34. India, 35. Indonézia, 36. Írország, 37. Izland, 37a. Izrael, 38. Japán, 39. Jersey, 40. Kajmán-szigetek, 41. Kanada, 41a. Kína, 42. Kolumbia, 43. Korea, 43a. Kuvait, 44. Lengyelország, 45. Lettország, 46. Liechtenstein, 47. Litvánia, 48. Luxemburg, 48a. Malajzia, 49. Málta, 50. Man-sziget, 51. Marshall-szigetek, 52. Mauritius, 53. Mexikó, 53a. Monaco, 54. Montserrat, 54a. Nauru, 55. Németország, 56. Niue, 57. Norvégia, 58. Olaszország, 58a. Orosz Föderáció, 59. Portugália, 60. Románia, 60a. Saint Kitts és Nevis, 61. Saint Lucia, 62. Saint Vincent és a Grenadine-szigetek, 63. Samoa, 64. San Marino, 65. Seychelle-szigetek, 66. Sint Maarten, 67. Spanyolország, 68. Svájc, 69. Svédország, 70. Szlovák Köztársaság, 71. Szlovénia, 72. Turks és Caicos-szigetek, 73. Új-Zéland

Dátum: ___ ___ ___ ___ év _____ hó ___ ___ nap

Aláírás: _____