

Biztosítási igények és szükségletek felmérése



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Ügyfél (leendő szerződő) neve: Szabó Patrik

Cégjegyzékszám/nyilvántartási szám:

Születési idő: Pécs, 1997.04.11.

Elektronikus (email) kézbesítési cím: szabo.patrik18@gmail.com

Az alábbi kérdések a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (továbbiakban: Bit) 158/B. § (1) bekezdésében – továbbá életbiztosítási szerződések esetén a 153.§ (1) bekezdésben – foglalt előírásokkal összhangban kerültek megfogalmazásra. A Bit. 158/B. § (1) bekezdése – valamint életbiztosítási szerződés esetén a 153. § (1) bekezdése – értelmében társaságunknak az Öntől kapott tájékoztatás alapján meg kell határoznia az Ön konkrét biztosítási igényeit és szükségleteit (továbbiakban: igényfelmérés) annak érdekében, hogy a legmegfelelőbb terméket ajánlhassuk, és így a termék kiválasztásakor Ön megalapozott döntést hozhasson.

Amennyiben az igényfelmérés során az alábbi kérdésekre nem válaszol, úgy a biztosítási termék kiválasztásához szükséges legalapvetőbb adatok, információk nem állnak a biztosító rendelkezésére, így nem lehetséges Önnel biztosítási szerződést kötni.

Az Önnel folytatott előzetes megbeszélésünk során elhangzott kérdéseket és az azokra adott válaszait az alábbiakban foglaljuk össze.

1. Szüksége van Önnek személybiztosításra (élet-, baleset- és egészségbiztosításra)? Igen Nem

2. Milyen típusú biztosítási védelemre van Önnek szüksége, mit szeretne biztosítani?

- Megtakarítási célból kívánok életbiztosítást kötni biztosítási védelem mellett.
- Anyagi biztonság megteremtéséhez a szerződéskötést követően azonnal induló havi járadékszolgáltatást szeretnék.
- Váratlan egészségügyi probléma, baleset esetén támogatást szeretnék kapni a biztosítótól.
- Kizárólag biztosítási védelem céljából, haláleseti kifizetésre van szükségem - megtakarítási háttér nélkül- esetleges baleset-, illetve egészségbiztosítási védelem mellett.

3. Ön szeretné meghatározni a biztosítási kockázatok körét, és a hozzájuk tartozó biztosítási összegeket? (Csak akkor szükséges a kitöltése, ha a 2. kérdésben a 3. választ jelölte meg!)

- Igen, én szeretném meghatározni a biztosítási kockázatok körét, és a hozzájuk tartozó biztosítási összegeket.
- Nem, előre meghatározott balesetbiztosítási csomagok közül szeretnék választani.

4. Teljes életre szóló vagy határozott tartamú haláleseti biztosítási védelmet szeretne? (Csak akkor szükséges a kitöltése, ha a 2. kérdésben a 4. választ jelölte meg!)

- Teljes életre szóló haláleseti biztosítási védelmet szeretnék. (Minden esetben a biztosított halálakor, kifizetéssel szűnik meg a szerződés.)
- Határozott tartamra szóló haláleseti biztosítási védelmet szeretnék. (Kizárólag a biztosított tartam alatt bekövetkező halála esetén történő kifizetés.)

5. Pénzbeli kifizetésre vagy kivizsgálásokhoz, egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás biztosítására és finanszírozására gondol inkább?

- pénzbeli kifizetésre
- egészségügyi ellátások szervezésére, finanszírozására

6. Kiket szeretne biztosítani?

- magamat és/vagy hozzátartozó(i)mat munkavállalókat
- sportszövetség tagjait létesítménybe látogatókat
- rendezvényen részt vevőket járműben utazókat
- oktató és nevelőintézményként 0-25 éves kor közötti, oktató, nevelő intézménybe járókat

A fenti kérdésekre adott válaszai alapján a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításunkat ajánljuk az Ön számára.

Tájékoztatjuk arról, hogy a biztosító az Ön kifejezett hozzájárulása hiányában a megadott információkat kizárólag az ajánlat elkészítéséhez használja fel.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a biztosítási szerződés bármely okból nem jön létre, Társaságunk a személyes adatokat a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvénynek a létre nem jött biztosítási szerződésekre irányadó adat- és titokvédelmi rendelkezései alapján kezeli mindaddig, ameddig a szerződés létrejöttének a meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosítási szerződésekkel kapcsolatos adatkezelésekről további részletes tájékoztatást a www.generali.hu honlapról elérhető Adatkezelési tájékoztatóban talál.

Alulírott ügyfél kijelentem, hogy a fenti válaszok megegyeznek az igényfelmérés során általam megadott információkkal.

Kelt:

Harkány, 2023.08.15.

A dokumentum aláírást nem igényel.

Termékismertető

TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Jelen Termékismertető a biztosítási termékkel kapcsolatos igényeinek és szükségleteinek felmérésekor adott válaszai alapján készült.

Az igényfelmérésre adott válaszai alapján Ön váratlan haláleset, baleset, betegség esetén gondoskodni kíván a kieső jövedelmének pótlásáról, illetve a felmerült költségek fedezetéről, ezért megtakarítási háttér nélküli, kockázati biztosítást javaslok az Ön számára.

Az Ön által igényelt biztosítási szolgáltatások, és az azokhoz tartozó biztosítási összegek, valamint a választott tartam alapján a

TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosítási

terméket javaslom Önnek.

Az igényfelmérés során választott tartam: 15 év

Az Ön által igényelt biztosítási szolgáltatások és az azokhoz tartozó biztosítási összegek az alábbiak:

Biztosítási szolgáltatás	Biztosítási összeg (Ft)					
	1. biztosított	2. biztosított	3. biztosított	4. biztosított	5. biztosított	6. biztosított
Életbiztosítás			1 000 000			
Baleseti halál			1 000 000			
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás lineáris szolgáltatással						
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás progresszív szolgáltatással						
Baleseti eredetű, 50%-ot meghaladó egészségkárosodás						
Csonttörés	40 000	40 000	30 000			
Lágyrészek sérülése	30 000	30 000	30 000			
Baleseti kórházi napi térítés az 1. naptól	4 000	4 000	3 000			
Baleseti műtéti térítés						
Égési sérülés						
Baleseti keresőképtelenségi napi térítés a 15. naptól						
Közlekedési baleseti halál			1 000 000			
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás						
Baleseti költségtérítés						
Kórházi napi térítés az 1. naptól	4 000	4 000	3 000			
Műtéti térítés	500 000	500 000				
Roszzindulatú daganatos betegségek						
40 elemű kiemelt kockázatú betegségek						
Daganatdiagnosztika						
69%-ot meghaladó egészségkárosodás						
39%-ot meghaladó egészségkárosodás						
Keresőképtelenségi napi térítés a 15. naptól						

A fenn felsorolt biztosítási szolgáltatások részletes leírását a vonatkozó szerződéses feltételek tartalmazzák.

Jelen termékismertető önmagában a biztosítási szerződés létrejöttét nem eredményezi.

Biztosítotti nyilatkozat



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Módozat kód: Testőr Ajánlatszám: Kötvényszám:

Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Tamás Neme: Férfi Nő
 Születési hely/ország: Magyarország Helység: Pécs
 Születési idő: 2007.11.23 Anyja születési neve: Lőveí Éva
 Telefonszám: 20/2134043 Email cím: szabó.patrik18@gmail.com

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egyéni egészségi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.

Kelt: Harkány, 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén
 törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

A BIZTOSÍTOTT EGÉSZSÉGÜGYI ADATKEZELÉssel, EGÉSZSÉGÜGYI TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG ALÓLI FELMENTÉssel KAPCSOLATOS NYILATKOZATA

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fenti biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt: Harkány 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén
 törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

• Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

• Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

• Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Biztosítotti nyilatkozat



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Módozat kód: Testőr Ajánlatszám: Kötvényszám:

Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Balázs Neme: Férfi Nő
 Születési hely/ország: Magyarország Helység: Pécs
 Születési idő: 2007.11.23 Anyja születési neve: Lőveí Éva
 Telefonszám: 70/7391934 Email cím: szabó.patrik18@gmail.com

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.
A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egyéni kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.

Kelt: Harkány, 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén
 törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

A BIZTOSÍTOTT EGÉSZSÉGÜGYI ADATKEZELÉssel, EGÉSZSÉGÜGYI TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG ALÓLI FELMENTÉssel KAPCSOLATOS NYILATKOZATA

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fenti biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt: Harkány 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén
 törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

• Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

• Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

• Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Biztosítotti nyilatkozat



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Módozat kód: Testőr Ajánlatszám: Kötvényszám:

Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Lőveji Éva Neme: Férfi Nő
 Születési hely/ország: Magyarország Helység: Siklós
 Születési idő: 1974.04.15 Anyja születési neve: Csonka Erzsébet
 Telefonszám: 20/5476757 Email cím: lovejevi74@gmail.com

- Hozzájárulásomat adom a fenti ajánlatszámú biztosítási szerződés megkötéséhez és a megadott kedvezményezett(ek) kijelöléséhez.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban a MyGenerali szerződéskezelő és a Generali Telefonos ügyfélszolgálat szolgáltatásai keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatokat a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is megtegye, amennyiben a szerződő a jelen bekezdésben hivatkozott szolgáltatásokra a szerződést a biztosítóval megkötötte.
- Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy amennyiben a szerződő a fenti számú biztosítási szerződéssel kapcsolatban igényli a PortfólióMenedzser szerződés szolgáltatásait, úgy a PortfólióMenedzser szolgáltatás keretében a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tranzakciók a külön írásbeli hozzájárulásom nélkül is végrehajtásra kerüljenek.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződéseivel kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre.
 A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésével, kármegelőzéssel kapcsolatos információk.
- Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.
- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a biztosító a vonatkozásomban egészségi kockázatbírálást végez, melynek részeként Egészségi nyilatkozatot tettem, valamint az annak alapján szükségessé vált egészségügyi kiegészítő kérdőív(ek)et töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy a hivatkozott Egészségi nyilatkozatot és az azt kiegészítő kérdőív(ek)et a biztosítótól elektronikus úton megkaptam, és az azokban foglaltak a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a biztosítási szerződés dokumentumait megismertem és elfogadtam, ide értve Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is. Kifejezetten hangsúlyozom és kijelentem továbbá, hogy a biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat is elolvastam és ezeket kifejezetten tudomásul veszem.

Akkor választandó az alábbi nyilatkozatok valamelyike, ha a szerződés létrejöttéhez nem szükséges egészségi kockázatbírálás!

- Tudomásul veszem, hogy az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejött szerződésre az általános szerződési feltételek vonatkozó pontjában meghatározott kizárás vonatkozik (a szerződéskötéskor már bizonyíthatóan fennállott, vagy kórismézett, vagy gyógykezelést igénylő betegségek, egészségkárosodások).
- Kérem az egészségi kockázatbírálást, és ehhez az Egészségi nyilatkozatot mellékelem.

Kelt: Harkány, 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

A BIZTOSÍTOTT EGÉSZSÉGÜGYI ADATKEZELÉssel, EGÉSZSÉGÜGYI TITOKTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG ALÓLI FELMENTÉssel KAPCSOLATOS NYILATKOZATA

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen dokumentumon rögzített nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnyegyzetek kitöltésével, és a biztosító a kockázatelbírálás eredményeként a kockázat vállalásáról dönt. Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fenti biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt: Harkány 2023. év 08. hó 15. nap

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén
 törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

• Az adatkezelés céljai

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- panaszok kezelése.

• Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

• Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Tájékoztató és ügyfélnyilatkozat

TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • general.hu/kapcsolat

Ajánlatszám:

Kötvényszám:

Biztosításközvetítő adatai

Név: LŐVEI ÉVA E.V. JUST-kód: 75981638 Telefonszám: +36205476757.....

A SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁS

Tájékoztató, hogy a biztosító az alább felsorolt dokumentumokat elérhetővé teszi a general.hu oldalon:

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések, vonatkozó szerződési feltételek,
- vonatkozó biztosítási termékismertető,
- termékbemutató.

Elektronikus kommunikáció választása esetén a biztosító az Ön által megadott email címre fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton megküldi:

az Elektronikus hozzájáruló nyilatkozata alapján:

- a Biztosítási igények és szükségletek felmérőt*,
- a fent hivatkozott dokumentumok elérhetőségét tartalmazó linket;

a szerződéskötést megelőző tájékoztatásra vonatkozó nyilatkozatok megtétele után:

- a Termékismertetőt,
- az elektronikus úton rögzített ajánlatát, amely tartalmazza a szerződéskötés során tett nyilatkozatait.

Elektronikus kommunikáció választása esetén kérjük, hogy email elérhetőségét a saját érdekében pontosan, a valóságnak megfelelően adja meg.**Tájékoztató, hogy amennyiben az elektronikus kommunikáció lehetőségével nem kíván élni, úgy a biztosító a fent hivatkozott dokumentumokat a szerződéskötéskor adja át az Ön részére.****Tájékoztató, hogy a biztosító a létrejött biztosítási szerződésről kötvényt állít ki.**

* Amennyiben a biztosítási szerződés kötése során a biztosító ügynöke jár el.

Szerződő adatai

 Nem természetes személy Természetes személyNeme: Férfi Nő

Titulus, családi és utónév/Cégnév: Szabó Patrik

Születési hely: Magyarország, Pécs

Születési idő: 1997.04.11 Anyja születési neve: Lővei Éva

Az alábbi nyilatkozatok kitöltése kizárólag természetes személy szerződő esetén kötelező!

Tényleges tulajdonosi nyilatkozat (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

(Tényleges tulajdonos az a természetes személy, akinek megbízásából valamely ügyleti megbízást végrehajtanak.)

Kijelentem, hogy saját nevemben járok el. Igen Nem

Nemleges válasz esetén az „Azonosítási adatlap természetes személy részére” nyomtatvány kitöltése kötelező!

Ügyfél kiemelt közszereplő nyilatkozata (Kérjük a megfelelő választ X-szel jelölje!)

1. Kiemelt közszereplő 2. Kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója
3. Kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy 4. Nem kiemelt közszereplő

1-3. válasz esetén a besorolás kódja:

Pénzeszköz forrása:

Az alábbi esetekben kötelező a kitöltése:

- kiemelt közszereplő nyilatkozat 1-3. válasz esetén
- személyesen meg nem jelent ügyfél
- stratégiai hiányosságokkal rendelkező, kiemelt kockázatot jelentő harmadik országból származó ügyfél/tényleges tulajdonos/meghatalmazott/képviselő

Nyilatkozat adóügyi illetőségről

Adóügyi illetőségem:

- Magyarország
- Amerikai Egyesült Államok
- Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!):
-

Felhívjuk a figyelmét, hogy a fenti adatokban bekövetkezett változásokról 5 munkanapon belül köteles tájékoztatni a biztosítót.

I. HOZZÁJÁRULÁS ELEKTRONIKUS KOMMUNIKÁCIÓHOZ

- Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy a biztosítási szerződési kezelésével kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre, valamint a biztosítási díjakról elektronikus úton, elektronikus formában állíthassa ki a számlát.

A biztosítási szerződések kezelésével kapcsolatos információk a következők: biztosítási szerződések megkötésével, megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, szolgáltatások elérhetőségével, ügyintézésessel, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a biztosítási díjakról szóló információk. Az elektronikus számlával kapcsolatos tudnivalók a biztosító <http://www.general.hu> webcímén ismerhetők meg.

II. HOZZÁJÁRULÁS MARKETING TARTALMÚ ÜZENETEK KÜLDÉSÉHEZ

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen, az Adatkezelési tájékoztató – különösen annak a közvetlen üzletszerzési célú adatkezelésekre vonatkozó pontja szerinti – megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: general.hu@general.com elektronikus levelezési címen, emailben kapott üzenetek esetén pedig a leirakozas@general.hu címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adatfeldolgozó igénybevételére, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

III. SZERZŐDÉSKÖTÉST MEGELŐZŐ TÁJÉKOZTATÁSRA VONATKOZÓ NYILATKOZATOK

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt kellő időben, az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos, alább felsorolt dokumentumokat megkaptam, azok tartalmát megismertem és elfogadom.

- Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítási általános feltételei
- TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosítás különös feltételei
- Biztosítási igények és szükségletek felmérése
- Termékbemutató a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Termékismertető TestŐr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt megismertem a TestŐr kockázati élet-, baleset- és egészségbiztosításra vonatkozó Biztosítási termékismertetőt.
- Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt a biztosítási igényeim és szükségleteim felmérése megtörtént, és a javasolt biztosítási termék összhangban van az igényfelmérés során általam megadott információkkal.
- Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőre vonatkozó tájékoztatást a biztosításközvetítőtől átvettem.
- Kijelentem, hogy a megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggő, a fent nevezett és jelen dokumentumban rögzített tájékoztatáson kívül egyéb tájékoztatást nem kaptam.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....
Szerződő aláírása
(nem természetes személy esetén
cégszerű aláírás)

IV. TOVÁBBI TÁJÉKOZTATÁS ÉS NYILATKOZATOK

- Kijelentem, hogy a fent jelzett ajánlati sorszámom, elektronikus úton rögzített, a saját nyilatkozataimat tartalmazó ajánlatot teszem a biztosító felé. Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlaton rögzített adatokat ellenőriztem, azok a valóságnak megfelelnek.
- Szerződként tudomásul veszem, hogy a szerződés elvülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elvülési időtől. Tudomásul veszem, hogy a jelen szerződésből származó igények 2 (két) év elteltével elvülnek.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó általános feltételekben külön fejezet(ek)ben foglalta össze a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezéseket.

- A biztosítási szerződésre irányadó általános feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól eltérő szabályok” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az ajánlat elfogadásához egyedi kockázatbírálást végez. Amennyiben a jelen ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat, orvosi, egészségi vagy tesztvizsgálat (továbbiakban: egészségi kockázatbírálás) szükséges, úgy a kockázatbírálási idő 60 nap.

A biztosítási ajánlat biztosító vagy képviselője általi átvételét követő 15 – vagy amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatbírálásra van szükség 60 – napon belül a biztosító jogosult az ajánlatot indokolás nélkül visszautasítani abban az esetben is, ha a fenti időszak alatt biztosítási esemény következik be.

Kelt: Harkány....., 2023. év 08. hó 15. nap

.....
Szerződő aláírása
(nem természetes személy esetén
cégszerű aláírás)

Biztosítási ajánlat

Testőr élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Alulírott szerződő az alábbi ajánlatot teszem a biztosítási szerződés megkötésére a Generali Biztosító Zrt. részére.**Szerződő adatai**

Nem természetes személy Természetes személy Neme: Férfi Nő
 Nonprofit: igen nem Bizalmi vagyongazdálkodó: igen nem

Titulus, családi és utónév/Cégnév: Szabó Patrik

Születési név: Szabó Patrik

Születési hely: Pécs Ország: Magyarország

Születési idő: 1997.04.11. Belépési kor: 26 év

Anyja születési neve: Lövei Éva

Állampolgárság: magyar

Állandó lakcím/Székhely: 7815 Harkány, Corvin utca 11.

Ország: Magyarország

Magyarországi fióktelep címe:

Levelezési név: Szabó Patrik

Magyarországi levelezési cím: 7800 Siklós, Pécsi utca 2A

Adóazonosító jel/adószám: 8475821758

Azonosító okmány típusa: személyi igazolvány útlevél jogosítvány
 egyéb:

Azonosító okmány száma: 386021HE

Azonosító okmány érvényességének vége: 2027.04.11.

Cégjegyzékszám, nyilvántartási szám, határozat száma:

Nyilvántartásba vétel dátuma:

Cégbejegyzés helye: Ország:

Főtevékenység: TEÁOR:

Lakcímkártya száma: 173373LF

Telefonszám: 70/7391934

Elérhetőségi idő:

Email cím: szabo.patrik18@gmail.com

Kézbesítési megbízott neve:

Kézbesítési megbízott címe:

Nem természetes személy esetén:

Kapcsolattartó neve:

Kapcsolattartó telefonszáma:

Figyelem!**Az ajánlat készpénz átvételére nem jogosít!****Szerződés azonosító adatai**Ajánlat jellege: új lejárából új ajánlat

Alapbiztosítás kódja: 27909

Előzmény kötvényszám:

Biztosításközvetítő adatai

Név: LŐVEI ÉVA E.V.

JUST kód: 75981638

Telefonszám: +36205476757

Email cím: lovei.eva@generalimail.hu

Felügyeleti regisztrációs szám:

Szervezeti egység kód: 98205

1. Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Tamás Neme: Férfi Nő
Születési név: Szabó Tamás
Születési hely: Pécs Ország: Magyarország
Születési idő: 2007.11.23 Életkor: 16 év
Anyja születési neve: Lővei Éva
Állampolgárság: magyar
Állandó lakcím: 7815 Harkány, Corvin utca 11
Levelezési név: Szabó Patrik
Magyarországi levelezési cím: 7800 Siklós, Pécsi utca 2A
Telefonszám: 20/2134043 Email cím: szabo.patrik18@gmail.com

Biztosított foglalkozási és sporttevékenységei, valamint dohányzási szokásai

Dohányzott az elmúlt két évben? nem
Foglalkozása: Munkatevékenysége: tanuló
Jelenleg is űzött sport(ok): Nincs Az elmúlt 5 évben befejezett sport(ok): Nem volt(ak)

2. Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Szabó Balázs Neme: Férfi Nő
Születési név: Szabó Blázs
Születési hely: Pécs Ország: Magyarország
Születési idő: 2007.11.23 Életkor: 16 év
Anyja születési neve: Lővei Éva
Állampolgárság: magyar
Állandó lakcím: 7815 Harkány, Corvin utca 11
Levelezési név: Szabó Patrik
Magyarországi levelezési cím: 7800 Siklós, Pécsi utca 2A
Telefonszám: 70/7391934 Email cím: szabo.patrik18@gmail.com

Biztosított foglalkozási és sporttevékenységei, valamint dohányzási szokásai

Dohányzott az elmúlt két évben? nem
Foglalkozása: Munkatevékenysége: tanuló
Jelenleg is űzött sport(ok): Nincs Az elmúlt 5 évben befejezett sport(ok): Nem volt(ak)

3. Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Lővei Éva Neme: Férfi Nő
Születési név: Lővei Éva
Születési hely: Siklós Ország: Magyarország
Születési idő: 1974.04.15 Életkor: 49 év
Anyja születési neve: Csonka Erzsébet
Állampolgárság: magyar
Állandó lakcím: 7815 Harkány, Corvin utca 11
Levelezési név: Szabó Patrik
Magyarországi levelezési cím: 7800 Siklós, Pécsi utca 2A
Telefonszám: 20/5476757 Email cím: loveievi74@gmail.com

Biztosított foglalkozási és sporttevékenységei, valamint dohányzási szokásai

Dohányzott az elmúlt két évben? nem
Foglalkozása: tanácsadó Munkatevékenysége:
Jelenleg is űzött sport(ok): Nincs Az elmúlt 5 évben befejezett sport(ok): Nem volt(ak)

Biztosított adatai

Titulus, családi és utónév: Neme: Férfi Nő
Születési név:
Születési hely: Ország:
Születési idő: Életkor: év
Anyja születési neve:
Állampolgárság:
Állandó lakcím:
Levelezési név:
Magyarországi levelezési cím:
Telefonszám: Email cím:

Biztosított foglalkozási és sporttevékenységei, valamint dohányzási szokásai

Dohányzott az elmúlt két évben?
Foglalkozása: Munkatevékenysége:
Jelenleg is űzött sport(ok): Az elmúlt 5 évben befejezett sport(ok):

A biztosítottakra vonatkozó szolgáltatások

Biztosítási szolgáltatás	Biztosítási összege (Ft)					
	1. biztosított	2. biztosított	3. biztosított	4. biztosított	5. biztosított	6. biztosított
Életbiztosítás			1 000 000			
Baleseti halál			1 000 000			
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás						
lineáris térítéssel						
progresszív térítéssel						
Baleseti eredetű, 50%-ot meghaladó egészségkárosodás						
Csonttörés	40 000	40 000	30 000			
Lágyrészek sérülése	30 000	30 000	30 000			
Baleseti kórházi napi térítés az 1. naptól	4 000	4 000	3 000			
Baleseti műtéti térítés						
Égési sérülés						
Baleseti keresőképzetlenségi napi térítés a 15. naptól						
Közlekedési baleseti halál			1 000 000			
Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás						
Baleseti költségterítés						
Kórházi napi térítés az 1. naptól	4 000	4 000	3 000			
Műtéti térítés	500 000	500 000				
Roszzindulatú daganatos betegségek						
40 elemű kiemelt kockázatú betegségek						
Daganatdiagnosztika						
Egészségkárosodás						
69%-ot meghaladó						
39%-ot meghaladó						
Keresőképzetlenségi napi térítés a 15. naptól						
Biztosítottak éves díjai (Ft)	20 296	20 296	37 584			

Biztosítottak éves díja összesen (Ft)

78 176

Szerződés technikai adatai

Díjfizetés technikai kezdete: 2023.09.01

Szerződés tartama: 15 év

Díjfizetési adatok

Díjfizetési gyakoriság: Havi

Díjfizetés módja: csoportos beszedési megbízás

Kedvezmények/pótlékok

Együttkötési kedvezmény

Mértéke

-6 %

Fizetendő éves rendszeres díj (Ft):

73 476

Gyakoriság szerint fizetendő díjrészlet (Ft):

6 123

Ajánlattételkor fizetett díjelőleg (Ft):

6 123

Befizetés azonosító:

Díjfizető számlaszáma:

Kérjük, hogy a díjelőleget a befizetési azonosítója, a továbbiakban fizetendő rendszeres díjat ajánlatszámára vagy kötvényszámára feltüntetésével egyedi banki utalással közvetlenül társaságunk részére, kizárólag az alábbi bankszámlára szíveskedjék befizetni:

Raiffeisen Bank: 12001008-00100594-00100008.**Záradékok, megjegyzések**

Ez egy Lánckedvezmény igénybevételére jogosító ajánlat. A kedvezmény mértéke 5 000 Ft, amely a Lánckedvezmény akcióban résztvevő módozatú Generali Házórzó, Casco, vagy minimum 30.000 Ft éves díjú TestŐr biztosítás megkötésére vehető igénybe az akció feltételeiben meghatározott időtartam alatt, és az ott meghirdetett módon. A kedvezmény a jelen szerződés díjára nem érvényesíthető. Részletek a generali.hu weboldalon.

A(z) 1. biztosított Szabó Tamás esetén: Nincs kockázatbírálás, már meglévő betegségek kizárva. A biztosított szerződés kötést megelőző 3 éven belüli betegségeire illetve maradandó egészségkárosodására vonatkozó kizárások minden kockázatra vonatkoznak.

A(z) 2. biztosított Szabó Balázs esetén: Nincs kockázatbírálás, már meglévő betegségek kizárva. A biztosított szerződés kötést megelőző 3 éven belüli betegségeire illetve maradandó egészségkárosodására vonatkozó kizárások minden kockázatra vonatkoznak.

A(z) 3. biztosított Lővei Éva esetén: Nincs kockázatbírálás, már meglévő betegségek kizárva. A biztosított szerződés kötést megelőző 3 éven belüli betegségeire illetve maradandó egészségkárosodására vonatkozó kizárások minden kockázatra vonatkoznak.

Kötvény útja	Levelezés útja	Fizetési értesítő útja
Szerződő hozzájárulása alapján e-mail címére	Szerződő levelezési címére/hozzájárulása alapján e-mail címére	Szerződő hozzájárulása alapján e-mail címére

Kelt: Harkány, 2023.08.15.

A dokumentum aláírást nem igényel.

Kedvezményezetti nyilatkozat haláleseti szolgáltatásra

Beneficiary Designation – Death Benefit



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat/Customer Service Direct Line: +36 1 452 3333 • general.hu/kapcsolat

Szerződő adatai/The Policyholder

Titulus, családi és utónév/cégnév/Title, surname, first name/company: Szabó Patrik

Születési idő/Date of birth: 1997.04.11

Adószám (Uniós szám)/Tax number (Community VAT number):

Biztosított adatai/The Insured

Titulus, családi és utónév/Title, surname, first name: Lővei Éva

Születési idő/Date of birth:

1974.04.15

Alulírott(ak), mint a fentiekben megjelölt ajánlatszámú szerződés szerződője/biztosítottja úgy nyilatkozom(unk), hogy a Generali Biztosító Zrt. a szerződés haláleseti szolgáltatását az alábbi kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.

I (we), the undersigned policyholder(s)/insured party (parties) of the insurance policy referred to above, hereby declare that I (we) have named the following beneficiary (beneficiaries) to be paid the death benefit by Generali Biztosító Zrt. under the insurance policy referred to above, in the percentage share indicated herein.

(I) Kedvezményezett/The Beneficiary

Családi és utónév/Surname and first name: Örökös(ök)

Részarány/Percentage: 100 %

Születési ország, hely és idő/Country, place and date of birth:

Állampolgárság/Nationality:

Neme/Gender:

Anyja születési neve/Mother's maiden name:

Lakcím/Address:

(II) Kedvezményezett/The Beneficiary

Családi és utónév/Surname and first name:

Részarány/Percentage: %

Születési ország, hely és idő/Country, place and date of birth:

Állampolgárság/Nationality:

Neme/Gender:

Anyja születési neve/Mother's maiden name:

Lakcím/Address:

(III) Kedvezményezett/The Beneficiary

Családi és utónév/Surname and first name:

Részarány/Percentage: %

Születési ország, hely és idő/Country, place and date of birth:

Állampolgárság/Nationality:

Neme/Gender:

Anyja születési neve/Mother's maiden name:

Lakcím/Address:

A dokumentum aláírást nem igényel.

Kelt/Dated:

Harkány, 2023.08.15.

.....
Szerződő aláírása/Policyholder's Signature
(nem természetes személy esetén cégszerű
aláírás/signature of company representative on
behalf of a legal entity)

.....
Biztosított aláírása/Insured's Signature
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított
esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok – aláírása/
signature of the legal representative – parent, legal guardian –
on behalf of an insured minor, or incapacitated adult)

The official language of this document is Hungarian. In the event of any inconsistency between the Hungarian version and the translated English version, the Hungarian version shall prevail.