

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	

SZERZŐDŐ ADATAI

Szerződő neve: Lépéselőny Egyesület	Székhely: 3246 Mátraderecske, Kossuth utca 56.	Adószám: 18589159-1-10
--	---	------------------------

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve:	Biztosított születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány/ útlevél/vezetői engedély száma:
Személyazonosító igazolvány/útlevél/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Lakcíme:
Értesítési címe (ha eltér a lakcímtől):	
A biztosított _____ év _____ hó ____ napjától folyamatosan biztosított, a biztosítási díjat megfizette, díjrendeztettségének dátuma: _____ év _____ hó ____ nap.	

Kelt:	Lépéselőny Egyesület (szerződő) cégszerű aláírása:
-------	--

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

A biztosítási esemény időpontja:	
A biztosítási esemény helye:	
A biztosítási esemény részletes leírása:	
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat? (Ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Volt-e rendőrségi intézkedés? (Ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e? (mikor, milyen mértékben károsodott?) (Ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban? Időpont (év, hó, nap):
Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek.	

Kelt:	Biztosított/Kedvezményezett aláírása:
-------	---------------------------------------

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	

AZ IGÉNYELT SZOLGÁLTATÁS TÍPUSA ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK (Kérjük megjelölni a szolgáltatás típusát!)

 Baleseti eredetű kórházi napi térítés (5 napot elérő)

Benyújtandó iratok:

- kórházi zárójelentés,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

 Bármely okú egészségkárosodás (D-E kategória), 50%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás

Benyújtandó iratok:

- amennyiben a maradandó egészségkárosodás baleseti eredetű az alábbi dokumentumokat is kérheti a biztosító:
 - baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció (lelet, vizsgálati eredmények), valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolása illetve az egészségkárosodás mértékének igazolása,
 - a balesetet követő egy év után, a kezelő traumatológus vagy szakorvos által készített, a sérült testrészeire vonatkozó, minden részletre kiterjedő státuszleírás,
 - 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
 - végállapotot leíró szakorvosi, kezelőorvosi dokumentáció másolata,
- komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye és a rehabilitációs hatóságnak az ellátást megállapító határozata,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

 60 napot meghaladó keresőképtelenség

Benyújtandó iratok:

- az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolata,
- a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolata, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését és/vagy BNO kódját,
- az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata, melyet a biztosítottnak a keresőképtelenség ideje alatt havonta kell megküldeni a Biztosító részére,
- háziorvosi kartonok másolata (5 évre visszamenőleg),
- minden olyan orvosi dokumentumot (zárójelentés, ambuláns kezelőlap, stb.), ami a betegséggel összefügg,
- annak igazolására szolgáló dokumentumokat, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztét megelőző 6 hónapban folyamatos munkaviszonnal rendelkezett,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

 60 napot meghaladó munkanélüliség

Benyújtandó iratok:

- a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata,
- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló – igazolványának másolata,
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről,
- a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolata,
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolata,
- a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása arról, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső, mely igazolást a biztosítottnak havonta kell megküldeni a biztosító részére,
- annak igazolására szolgáló dokumentumokat, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkeztét megelőző 6 hónapban folyamatos munkaviszonnal rendelkezett,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	

AZ IGÉNYELT SZOLGÁLTATÁS TÍPUSA ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK (Kérjük megjelölni a szolgáltatás típusát!)

 Haláleseti szolgáltatás

Benyújtandó iratok:

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv/körbonctani lelet másolata (amennyiben készült és a kár elbírálásához szükséges),
- a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata,
- a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatai,
- halotti epikrizist tartalmazó kórházi zárójelentés, a halál előtti orvosi dokumentumok, ambuláns vagy fekvőbeteg kórházi kezelés esetén kórházi ambuláns kezelőlap és/ vagy zárójelentés(ek) másolata,
- a háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány, házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata,
- azon okiratok, amelyek a kedvezményezetti jogosultság (személyazonosítás, illetve kedvezményezetti vagy örökös státusz) igazolásához szükségesek,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg vagy a kedvezményezett elhalálozott),
- 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,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

 Előrehozott szolgáltatás (szívinfarktus/rosszindulatú daganat/ agyi érkatasztrófa)

Benyújtandó iratok:

- a betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció, szív UH, szövettani leletek, kontroll vizsgálati eredmények,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontjában fennálló tőketartozás összegéről,
- a pénzügyi intézmény igazolása a biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor esedékes havi részletfizetési kötelezettségről és a Biztosított esetleges fizetési késedelméről.

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	
A KEDVEZMÉNYEZETT(EK) - A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT(AK) - NYILATKOZATA (Több kedvezményezett esetén, minden kedvezményezettre vonatkozóan ki kell tölteni.)	
Kedvezményezett neve ⁵ :	Kedvezményezett születési neve:
Születési hely és idő (év, hó, nap):	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	
Személyazonosító igazolvány/útlevél/vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):	
Személyazonosító igazolvány/útlevél/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Lakcíme/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a lakcímtől/székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Kijelentem, hogy közszereplőnek minősülök (Amennyiben a válasz igen, akkor kötelező kitölteni a „Kiemelt Közszereplői Nyilatkozat” c. nyomtatványt.) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni: Kijelentem, hogy a bankszámlaszám a saját bankszámlaszámom: (Nemleges válasz esetén a bankszámlaszám tulajdonos nevére kötelező kitölteni 4,5 millió Ft alatt az „Egyszerűsített ügyfél-átvilágítási adatlapot, 4,5 millió Ft-tól pedig az „Azonosítási adatlapot”, valamint csatolni kell az azonosításhoz szükséges okmányok másolatát – érvényes személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevél és lakcímet igazoló hatósági igazolvány) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Bank megnevezése: Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):

⁵Amennyiben a kedvezményezett cég, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

NYILATKOZAT	
A többszörösen módosított 2017. évi CL. törvény – az adózás rendjéről 50. § (2) 28. pont alapján a biztosító által végrehajtandó intézkedésekről szóló tájékoztató ismeretében, büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy: <input type="checkbox"/> Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanyak minősülök. <input type="checkbox"/> Harmadik országbeli adóilletőségű személynek/jogalanyak minősülök. <input type="checkbox"/> Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanyak minősülök	
A magyarországi adóazonosító jelem:	Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Unió állam ⁶ :
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.	
Alulírott kedvezményezett személy kijelentem, hogy egyesült államokbeli személynek minősülök: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy a 2015. CXC. törvényben meghatározott részes (lásd. CRS-FATCA nyilatkozat felsorolás) állambeli adóügyi illetőségű személynek minősülök: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Amennyiben bármelyik kérdésre a válasz igen, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt. Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany, kötelező kitölteni a „Nyilatkozat adóilletőségről (CRS-FATCA)” c. nyomtatványt.	

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_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!

⁶Jelölt adóilletőség esetén a Nemzeti Adó és Vámhivatal felé történő adatszolgáltatáshoz szükséges Nyilatkozat Adóilletőségről kitöltése is kötelező, melyet a www.signal.hu oldalról tud letölteni. Szolgáltatás kifizetésére csak a 2 dokumentum (Személybiztosítási szolgáltatási igénybejelentő + Nyilatkozat Adóilletőségről) együttes benyújtását követően kerülhet sor.

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

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	

- Alulírott kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül a biztosítási feltételekben szereplő további dokumentumokat, adatokat is bekérhet.
- Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.

NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a www.signal.hu nyitó oldal alján, az Adatkezelési irányelvek menüpontban elérhető Dokumentumtárban (közvetlen link: www.signal.hu/static/sw/file/Adatkezesi_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, gyógyszerészekről, természetgyógyászoktól és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyektől, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől, a társadalombiztosítási kifizetőhelytől beszeresse, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-143. § és a 147-151. §-ában 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 ellátásban 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 betekintszen, azokról másolatokat, valamint az eljáró hatóságoktól felvilágosítást kérjen.

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

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.

Kelt:	Biztosított aláírása:
Kelt:	Örökös vagy kedvezményezett neve nyomtatott betűvel:
Kelt:	Örökös vagy kedvezményezett aláírása:

Igénylőlap szolgáltatáshoz

a Lépéselőny Egyesület tagjai és pártolótagjai részére

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
Termék neve: HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás	

TÁJÉKOZTATÓ

Amennyiben kiskorú a kedvezményezett, úgy szükséges a „Nyilatkozat törvényes képviselőről” című nyilatkozat kitöltése a következők szerint:

- Amennyiben a szülők együtt gyakorolják a szülői felügyeleti jogot, akkor a nyilatkozat csak úgy érvényes, ha azt mindkét szülő aláírta.
- A szülői felügyeletet közösen gyakorló szülők kölcsönösen vagy külön-külön meghatalmazást adhatnak egymásnak arra vonatkozóan, hogy a gyermek vagyonát az egyik szülő a másik helyett kezelje. 285.000 Ft vagy azt meghaladó szolgáltatási összeg esetén a közokiratba vagy ügyvéd által ellenjegyzett magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolása szükséges.
- Ha bármilyen oknál fogva csak az egyik szülő gyakorol a gyermek felett szülői felügyeletet, akkor ezt igazolni kell az erre vonatkozó hivatalos irat másolatával.
- Amennyiben a gyermek nevében gyám jár el, úgy csatolni kell a gyám tisztségét igazoló gyámhatósági határozatot.

A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) Korm. rend. 26/B.§. (3) bekezdése alapján a kiskorú gyámhatóságnak át nem adott vagyonáról való rendelkezést érintő szülői jognyilatkozathoz (Ptk. 2:15.§. (1) bekezdés e) pontja) szükséges a gyámhivatal jóváhagyása, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének harmincszorosát.

Amennyiben a kedvezményezett cselekvőképességét a bíróság részlegesen, meghatározott ügycsoportokban korlátozza, akkor ebben az ügycsoportban (vagyon ügyekben való korlátozás) csak a gondnok hozzájárulásával tehető érvényes nyilatkozat.

A cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy és gondnoka jognyilatkozatának, továbbá a cselekvőképtelen nagykorú gondnoka jognyilatkozatának érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges, ha a jognyilatkozat a cselekvőképességében részlegesen korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú

a) gyámhatóságnak átadott vagyonára; vagy

b) a gondnokot kirendelő határozatban megállapított összeget meghaladó értékű vagyontárgyára vonatkozik.

TÁJÉKOZTATÓ A SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ KITÖLTÉSÉHEZ

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

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a haláleseti szolgáltatás kifizetésének teljesítéséhez a kedvezményezett személyazonosító okmányának (személyazonosító igazolvány, útlevél vagy kártyaformátumú vezetői engedély) arcképes, valamint aláírását, az okmány érvényességi idejét tartalmazó oldalai és a lakcímet igazoló hatósági igazolvány 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.

Életbiztosítási szolgáltatás esetén 4,5 millió forint felett, illetve, ha a kifizetésre jogosult közszereplő, akkor átvilágítás szükséges a 2017. évi LIII. törvény alapján. Kérjük, hogy szíveskedjen személyesen az ügyfélszolgálatunkon (1123 Budapest Alkotás u 50.) vagy tanácsadójánál megjelenni az átvilágítás érdekében. Tájékoztatjuk, hogy az azonosítás online is elvégezhető. Információk az online azonosításról az alábbi linken elérhetőek: <https://www.signal.hu/hu/ugyfelazonositas>

Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (együtt: cég) a kedvezményezett képviselőjének aláírási címpéldányának másolatát és a képviselést ellátó személy okmányának másolatát – a magánszemély szerződőhöz hasonló módon – szükséges megküldeni.

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.