



## Biztosítotti nyilatkozat

### 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosításhoz

Jelen nyilatkozat az **UNIQA Biztosító Zrt.** (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.; továbbiakban: „**Biztosító**”), és a **Kiszámoló Egyesület**, mint Szerződő (a továbbiakban: „**Szerződő**”) között létrejött megállapodás szerves részét képezi.

A biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyfélértájékoztató és a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

Ezúton **nyilatkozom**, hogy a Kiszámoló Egyesület, mint Szerződő (a továbbiakban: Szerződő) által kötött csoportos biztosítási szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) **csatlakozni kívánok** az alábbi feltételek szerint.

#### Biztosító adatai

Biztosító cégneve: **UNIQA Biztosító Zrt.**  
Biztosító székhelye: **1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.**  
Cégjegyzékszám: **01-10-041515**

#### Szerződő adatai

Szerződő neve: **Kiszámoló Egyesület**  
Szerződő székhelye: **2040 Budaörs, Ébner György köz 4.**  
Cégjegyzékszám: **13-02-0006984**

**Biztosítás megnevezése:** 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

#### Biztosított adatai

Név: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye és ideje: \_\_\_\_\_  
Telefonszám: \_\_\_\_\_  
E-mail cím: \_\_\_\_\_  
Lakcím: \_\_\_\_\_

Rendelkezik-e Kiszámoló Egyesület által nyújtott biztosítással:  igen, van biztosításom  nem, még nincs biztosításom

Kiválasztott csomag:  A csomag  B csomag  C csomag  D csomag

*Kérjük X-szel jelölni a kiválasztott csomagot.*

#### 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítási fedezet adatai

Biztosítási fedezetek	Biztosítási összeg Ft/fő			
	A csomag	B csomag	C csomag	D csomag egyedül állók
Kockázati életbiztosítás	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti halál	15 000 000 Ft	–	20 000 000 Ft	–
Baleseti maradandó egészségkárosodás – arányos (1-100%)	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	30 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti kórházi napi térítés	15 000 Ft 1. naptól	15 000 Ft 1. naptól	–	–
Csonttörés, csontrepedés	–	–	100 000 Ft	50 000 Ft
Baleseti műtéti térítés (nagy műtét)	200 000 Ft	–	1 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Közlekedési baleseti halál	15 000 000 Ft	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	–
Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás 10-100% arányos	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft	–
Bármely okú, 70%-ot elérő mértékű egészségkárosodás	12 000 000 Ft	–	10 000 000 Ft	10 000 000 Ft
Kiemelten súlyos betegségekre vonatkozó biztosítás	2 000 000 Ft	–	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Bármely okú kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időszakára szóló napi térítés (4 napos önrész)	–	–	15 000 Ft	15 000 Ft
Bármely okú keresésképtelenség időszakára szóló napi térítés (7 napos önrész)	–	–	10 000 Ft	10 000 Ft
<b>Éves díj (bruttó) 1 főre</b>	<b>57 480 Ft</b>	<b>33 480 Ft</b>	<b>84 528 Ft</b>	<b>53 604 Ft</b>

### Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével

- kijelentem, hogy a Szerződő és a Biztosító között létrejött csoportos biztosítási szerződésről nyilatkozattételelem előtt egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam, valamint a biztosítás jellemzőiről és a biztosító főbb adatairól szóló tájékoztatást megkaptam, megértettem és azokat tudomásul veszem, és azok ismeretében teszem a jelen nyilatkozatot. Egyúttal kijelentem, hogy megismertem és áttekintettem a biztosítási Termékismertetőt, a Biztosító Ügyféltájékoztatóját és a Biztosítási Feltételeket, valamint az Adatkezelési tájékoztatót.
- kijelentem, hogy a csoportos biztosítási szerződés által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok, a Biztosító által nyújtott, jelen nyilatkozaton megjelölt csomaghoz tartozó 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, és ezúttal kérem a Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási szerződés hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.
- tudomásul veszem, hogy jelen dokumentum nem tartalmazza teljes körűen a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos rendelkezéseket és nem helyettesíti a Biztosítási Feltételeinek és az Ügyféltájékoztatónak a megismerését, erre tekintettel tudomásul veszem, hogy a biztosítással kapcsolatos részletes információt az Ügyféltájékoztató és a Biztosítási feltételek tartalmazzák.
- tudomásul veszem, hogy
  - a Biztosító kockázatviselésének kezdete a jelen biztosított nyilatkozat megtételét követő hónap első nap 0.00 órája.
  - a Biztosító a jelen egészségügyi kockázatfelméréshez kötött nyilatkozatot – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységhez történő – beérkezéstől számított 60 napos határidőn belül indokolás nélkül elutasíthatja.
  - a Biztosító jelen nyilatkozaton kifejezetten felhívja a figyelmet, hogy amennyiben a kockázatfelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a nyilatkozatot a biztosító visszautasíthatja, a kifejezett figyelemfelhívására és arra tekintettel, hogy az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy a nyilatkozat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.
  - amennyiben az esedékes biztosítási díj a Biztosító részére határidőben nem kerül kifizetésre, és a díjfizetési halasztásban írásban sem történt megállapodás, valamint a Biztosító által a teljesítésre tűzött harminc napos eredménytelenül letelt, a póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.

Dátum: \_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_ (nap)

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

### Nyilatkozat adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével:

- felhatalmazom a Szerződőt arra, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatályának kiterjesztéséhez szükséges, fentiekben meghatározott személyes és egyéb adataimat a Biztosítónak átadja, abból a célból, hogy a biztosított jogviszony a Biztosító és közöttem létrejöjjön, és a Biztosító a biztosítási szolgáltatást részemre biztosítsa. A Biztosító által kezelt adatok: név, anyja neve, születési hely, idő, lakcím, telefonszám, e-mail cím, és a biztosítási szerződés létrejöttének vagy megszűnésének ténye. A Szerződő, valamint a Biztosító személyes adatokat a jelen Biztosított Nyilatkozatban, valamint a Biztosítási Feltételek fenti pontjában foglalt jogalapon és célokból a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelhet, dolgozhat fel, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító adatkezelőnek, míg a Szerződő adatfeldolgozóknak minősül.
- tudomásul veszem, hogy a szerződéskötés, vagy a biztosítási szerződés fennállása során megadott valamennyi adat biztosítási titoknak minősül, amelyeket a Biztosító a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges célból kezel;
- hozzájárulok, hogy a Biztosító a biztosítási titkot – a biztosítási tevékenységről szóló mindenkor hatályos törvényben meghatározott egyéb célok körében – az arra jogosultaknak, továbbá harmadik országbeli (viszont)biztosítónak továbbítsa;
- felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére;
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: \_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_ (nap)

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

## Nyilatkozat egészségügyi adatkezelésre

Az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a *Biztosítási Feltételek VI.1.pontjai*, valamint az *Adatkezelési tájékoztató* tartalmazzák. Alulírott, a jelen nyilatkozat megtételével:

- Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a hatályos jogszabály alapján egészségügyi adatnak minősül a testi, értelmi és lelki állapotomra, kóros szenvedélyemre, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás). **Kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a *biztosítási szerződés teljesítése érdekében* kezelje.
- **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszeresse, egyúttal ezen adatkezelő személyeket és az egészségügyi adataimat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó egyéb szerveket (pl. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt) **felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok** ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek és szervek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítóknak továbbítsák, illetve **hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet.
- Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, – a bekövetkezett biztosítási esemény helyszínétől függően – a Szerződő és a Biztosított hozzájárulnak, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részeseülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat.
- Kijelentem, hogy
  - az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek.
  - egészségügyi adataim kezelésére, átadására vonatkozó jelen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatáson alapulva tettem meg.
  - a jelen, valamint a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott rendelkezéseiben foglalt adatvédelmi tájékoztatást tudomásul vettem és jelen hozzájárulás megadása részéről önkéntesen történt.
  - a jelen nyilatkozással visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek, és tudomásul veszem, hogy a csoportos biztosítási szerződés vagy a Szerződővel kötött szerződés megszűnésének időpontjában a biztosított jogosságom is megszűnik, melyről a Szerződő tájékoztat.
- Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a személyes adataim kezeléséről a Biztosítótól tájékoztatást kérni, kérhetem a személyes adataim helyesbítését, törlését vagy zárolását, illetve jogellenesnek vélt adatkezelés esetén tiltakozhatok azok kezelése ellen, továbbá adataim kezelésével kapcsolatos jogsértés esetén a Biztosító adatvédelmi tisztviselőjéhez (adatvedelem@uniqa.hu), a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, valamint bírósághoz fordulhatok.

A Biztosító a jogi teljeskörűség érdekében **honlapján**, továbbá **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat**.

Kijelentem, hogy a Biztosítási Feltételek fent hivatkozott adatvédelmi rendelkezéseit és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: \_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_ (nap)

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

Ajánlatszám: 

Biztosított személy neve: \_\_\_\_\_

 Születési ideje:      

Családi állapota: \_\_\_\_\_

Háziorvosa neve, címe: \_\_\_\_\_

**A kérdéseket a biztosítottnak kell kitöltenie, illetve megválaszolni!**

1. Testmagassága: _____ cm	Testsúlya: _____ kg	Vérnyomásának értéke: _____/_____ Hgmm
2. Dohányzik (cigaretta, szivar, pipa)? / Fogyaszt-e szeszes italt? Használ-e kábítószeret?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mit? Napi mennyiség:
3. Szüleinél vagy testvéreinél diagnosztizáltak-e szív-érrendszeri betegséget, daganatos betegséget, cukorbetegséget, vesebetegséget, vagy más örökletes betegséget?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Milyen betegség, kinél, milyen életkorban?
4. Van-e veleszületett fejlődési rendellenessége, örökletes betegsége maradandó egészségkárosodása, rokkantsága? Szenved-e valamilyen fogyatékoságban (látás, hallás, értelmi, érzékszervi)? Rokkantsági, vagy rehabilitációs ellátásban részesül-e? Van-e benyújtott kérelme? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen jellegű?
5. Részesült-e, részesül-e rendszeresen, vagy alkalmasszerűen a) gyógyszeres kezelésben?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mikor, mióta, milyen? Gyógyszer neve, adagolás:
b) kemoterápiás kezelésben? Kezelték-e, kezelik-e röntgennel, rádiummal, izotóppal, vagy más sugárral?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mikor, mióta, melyik?
6. Jelenleg táppénzes-, betegállományban van? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Ha igen, mikortól, milyen okból?
7. Volt-e, van-e valamilyen betegsége vagy panasa a következők közül? (A zárójelentést, kezelő-, ambulánslapot esetleges szövettani leletét mellékelje!)		
a) Szív és/vagy keringérendszer betegsége	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
b) Légzőrendszeri betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
c) Emésztőrendszeri betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
d) Vese, húgy, ivarszervi betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
e) Idegrendszeri vagy pszichés rendellenesség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
f) Mozgásszervi (csont, izom, ízület) betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
g) Érzékszervi betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
h) Vér, vérbérvizelési, immunrendszeri betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
i) Hormonbetegség, anyagcsere betegség, belső elválasztású mirigyet érintő betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
j) Bőrbetegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
k) Daganatos betegség	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
l) Egyéb betegség vagy rendellenesség, melyre előzőleg nem irányult kérdés?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mióta, milyen típusú?
8. Állt-e, áll-e gyógyintézet (kórházi, szanatóriumi) vagy gondozó intézeti kezelés alatt? Voltak-e műtétei, vagy terveznek-e Önnek a közeljövőben kórházi kezelést, műtétet, kivizsgálást? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Mikor, hol, mi okból?
9. Veszélyes, vagy egészségre ártalmas munkahelyen dolgozott, vagy dolgozik? Folytat-e bármilyen veszélyes tevékenységet, sportot, hobbit? Versenyszerűen sportol-e, sportolt-e? Volt-e balesete, sérülése, mérgezése, öngyilkossági kísérlete? Van-e balesetből visszamaradt egészségkárosodása, sérült, csonkolt testrésze? (Orvosi dokumentációt mellékelje!)	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen	Kérjük, részletezze!

Kijelentem, hogy az ajánlati dokumentáció részeként képződő egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és felhatalmazást adok a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző - jogi vagy természetes - személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségi és személyes adataimat kezel, az egészségi adataimat beszeresse, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségi és személyes adataimat a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. Az adatkezelés célja a biztosítási megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit -ben meghatározott egyéb cél lehet. Amennyiben a GDPR szerinti 3. országba történik adattovábbítás, - a bekevezett biztosítási esemény helyszínétől függően - a Biztosított hozzájárul, hogy a megadott adatait a Biztosító harmadik országba a biztosítási szerződésbe foglalt kötelezettsége teljesítése céljából továbbítsa. Az adattovábbítás kizárólag akkor történhet meg, ha a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében ez elengedhetetlen annak érdekében, hogy a Biztosított külföldön részülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettségértéket alapoz meg. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat és a nyilatkozatban foglalt hozzájárulások megadása önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt, továbbá kijelentem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos további rendelkezéseket, amelyek a biztosítási Feltétel Adatkezelés, adatvédelem című fejezetében találhatók, elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Dátum: \_\_\_\_\_

biztosított sajátkezü aláírása



UNIQA Biztosító Zrt.  
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.  
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555  
Fax: +36 1 2386-060

# Nyilatkozat

## 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás

### Nyilatkozat a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettjének (változtatható) megjelölésére

A kedvezményezette(ke)t a szerződő jelölheti meg, de ahhoz a biztosított(ak) hozzájárulása (aláírása) is szükséges. Amennyiben a szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg vagy a biztosított hozzájárulása hiányzik, illetve a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezte előtt meghalt és helyette más nem jelöltek meg, a kedvezményezett a biztosított örököse.

Haláleseti kedvezményezettként egyszerre több személy is megnevezhető.\*

Szerződő adatai	Szerződő neve: <b>Kiszámloló Egyesület</b>	Kötvényszám: <b>4749653</b>
Biztosított adatai	Biztosított neve: <input type="text"/>	Csop. szám: <input type="text"/>
	Születési idő: <input type="text"/>	Anyja neve: <input type="text"/>
Kedvezményezett(ek) a biztosított halála esetén	1. Családi és utónév: <input type="text"/>	
	Születési idő: <input type="text"/>	Születési hely: <input type="text"/>
	Lakcím: <input type="text"/>	
	Anyja neve: <input type="text"/>	Arány: halálesetre <input type="text"/> %
	2. Családi és utónév: <input type="text"/>	
	Születési idő: <input type="text"/>	Születési hely: <input type="text"/>
	Lakcím: <input type="text"/>	
	Anyja neve: <input type="text"/>	Arány: halálesetre <input type="text"/> %
	3. Családi és utónév: <input type="text"/>	
Születési idő: <input type="text"/>	Születési hely: <input type="text"/>	
Lakcím: <input type="text"/>		
Anyja neve: <input type="text"/>	Arány: halálesetre <input type="text"/> %	

A kedvezményezés a biztosított életében írásban bármikor megváltoztatható. A kedvezményezett jelölése és annak megváltoztatása csak akkor lép hatályba, amikor a szerződő és a biztosított írásbeli nyilatkozata a biztosítóhoz beérkezik.

Dátum

a biztosított aláírása

a szerződő cégszerű aláírása

\* A kedvezményezés mértéke az összes kedvezményezettre együttesen 100% kell legyen.