

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

Kötvényszám:

Életbiztosítási szolgáltatás esetén kötelező kitölteni!

SZERZŐDŐ ADATAI	
Szerződő neve ¹ :	Születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány száma/útleveél/vezetői engedély száma/ cég esetén cégjegyzékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útleveél/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	

¹ Ha nem azonos a biztosítottal a mező kitöltése kötelező, valamint amennyiben cég a szerződő, akkor ebben az esetben kötelező kitölteni az „Azonosítási adatlapot” és az „Ügyfél tényleges tulajdonosi nyilatkozatát”

BIZTOSÍTOTT ADATAI (Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)	
Biztosított/együttbiztosított neve (amennyiben eltér a szerződő személyétől):	Biztosított születési neve:
Születési helye, dátuma:	Adóazonosító jele/adószáma:
Állampolgársága:	Személyazonosító igazolvány/ útleveél/vezetői engedély száma:
Személyazonosító igazolvány/útleveél/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe:
Értesítési címe (ha eltér a címtől):	

TÁJÉKOZTATÓ
<p>Amennyiben kiskorú a kedvezményezett, úgy szükséges a „Nyilatkozat törvényes képviselőtől” című nyilatkozat kitöltése a következők szerint:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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 tízszeresét.</p> <p>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. Ha ezt korlátozta a bíróság, akkor szükséges a gondnok hozzájárulása is.</p> <p>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</p> <p>a) gyámhatóságnak átadott vagyonára; vagy</p> <p>b) a gondnokot kirendelő határozatban megállapított összeget meghaladó értékű vagyontárgyára vonatkozik.</p> <p>Ebben az esetben szükséges a gondnokrendelő határozat csatolása is, és ha abban van összeghatár korlát, és azt meghaladja a kifizetés összege, akkor a gyámhatóság engedélye is szükséges a kifizetéshez.</p>

Kötvényszám:

Biztosított/együttbiztosított neve:

(Amennyiben biztosított és együttbiztosított is szerepel a szerződésben, minden szereplőre vonatkozóan ki kell tölteni.)

Biztosított születési dátuma:

NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Igazolom, és aláírással hitelesítem, hogy a 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 házi orvosomtól, 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 beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141. § és a 147-151. § meghatározott jogosultak számára továbbítsa.

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

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

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

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

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

Kelt: **Biztosított/együttbiztosított sajátkezű aláírása²:**

Törvényes örökös vagy kedvezményezett neve nyomtatott betűvel:

Törvényes örökös/kedvezményezett sajátkezű aláírása:

²kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

Kötvényszám:

BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ

Baleset időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):

Baleset helye és részletes leírása:

Volt-e már előzőleg sérülése, egészségkárosodása a most sérült testrészen? Igen Nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze!

ESEMÉNYEK	BENYÚJTANDÓ IRATOK ³
<input type="checkbox"/> Elérés	kötvény, biztosított, együttbiztosított és a kedvezményezett életben létét igazoló okirat, amely lehet egy teljes körűen kitöltött azonosítási adatlap vagy érvényes személyazonosító igazolvány, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, vezetői engedély, útlevelel másolata aláírással és dátummal ellátva
<input type="checkbox"/> Elhalálozás	kötvény, biztosított, együttbiztosított halotti anyakönyvi kivonata, halottvizsgálati bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, haláleset utáni orvosi jelentés, orvosi dokumentumok, zárójelentések, a kedvezményezett jogosultságának igazolása, hagyatékátadó végzés (név szerinti kedvezményezett jelölés hiányában)
<input type="checkbox"/> Házasságkötés	kötvény, biztosított, együttbiztosított életben létét igazoló okirat másolata aláírással és dátummal ellátva, házassági anyakönyvi kivonat
<input type="checkbox"/> Továbbtanulás	kötvény, oktatási intézmény igazolása a továbbtanulásról, írásbeli továbbtanulási kérelem
<input type="checkbox"/> Baleseti halál	kötvény, halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálai bizonyítvány, boncolási jegyzőkönyv, a halál okát igazoló egyéb orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, hatósági jegyzőkönyvek (pl. baleseti- , rendőrségi- , munkahelyi baleseti jegyzőkönyv), határozatok, baleset utáni valamennyi orvosi dokumentáció, véralkohol ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	baleset utáni összes orvosi dokumentáció, baleset időpontját követő 1 év után a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés
<input type="checkbox"/> Munkaképtelenség esetén díjmentesség	betegállomány alatti időszak orvosi igazolásai diagnózissal ellátva, orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés, várandósgondozási könyv másolata
<input type="checkbox"/> D-E rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> C2 rokkantság	rehabilitációs szakigazgatási szervek által kiállított határozat, szakvélemény
<input type="checkbox"/> Előrehozott szolgáltatás (szívinfarktus/rosszindulatú daganat/ agyi érkatasztrófa)	a betegséggel kapcsolatos összes orvosi dokumentáció, szív UH, szövettani leletek, kontroll vizsgálati eredmények A szolgáltatást az alapbiztosítás megszüntetésével kérem <input type="checkbox"/> igen ⁴ <input type="checkbox"/> nem
<input type="checkbox"/> Műtéti térítés	a WHO kódot tartalmazó kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Kórházi napidíj	kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Csonttörés	orvosi dokumentációk, röntgen lelet a csonttörésről
<input type="checkbox"/> Gyermek születése	gyermek születési anyakönyvi kivonata
<input type="checkbox"/> Egyéb	
Kelt:	Szerződő aláírása:
	Biztosított/kedvezményezett aláírása:

³A szolgáltatási igény rendezése során a biztosító bekérhet további, a biztosítási feltételben meghatározott dokumentumokat is.

⁴Abban az esetben, ha az alapbiztosítás nyugdíjbiztosítás, és a szerződő az előrehozott szolgáltatás esetén az alapbiztosítást megszünteti, akkor ez jogvesztő eseménynek minősül. Az alapbiztosítás szerződője köteles a nyugdíjbiztosítási szerződésen adójóváírásként nyilvántartott összeget, az Szja. tv. 44/C § (1) és (8) bekezdéseiben foglaltak szerint visszafizetni.

Kötvényszám:

A MUNKAKÉPTELENSÉG ESETÉN DÍJMENTESSÉG KÁRIGÉNYHEZ SZÜKSÉGES KITÖLTENI

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

Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi bankszámlaszámra utalni:	Bank megnevezése:
-	
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")	Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	

Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:

<input type="checkbox"/> Állandó címre:	
<input type="checkbox"/> Levelezési címre:	
<input type="checkbox"/> Egyéb címre:	

Kelt: **Szerződő aláírása:**

Kötvényszám: _____

**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/útlevel/ vezetői engedély száma / cég esetén cégjegyékszám (nyilvántartási szám):
Személyazonosító igazolvány/útlevel/ vezetői engedély érvényességi ideje:	Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma:
Anyja születési neve:	Telefonszám:
E-mail cím:	Címe/székhelye:
Értesítési címe (ha eltér a címtől/székhelytől):	
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a saját nevemben járok el (Nemleges válasz esetén kötelező kitölteni 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”) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Bank megnevezése: Bankszámla tulajdonos neve (amennyiben nem azonos a kedvezményezett személyével):
Kérem a szolgáltatás összegét az alábbi címre utalni:	
<input type="checkbox"/> Állandó címre:	
<input type="checkbox"/> Levelezési címre:	<input type="checkbox"/> Egyéb címre:

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:

Magyarországi adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök. Harmadik országbeli adóilletőségű személynek/jogalanynak minősülök.

Az Európai Unió más tagállambeli adóilletőségi személynek/jogalanynak minősülök

A magyarországi adóazonosító jelem: _____ Az adóilletőségem szerinti külföldi Európai Unió állam⁶: _____

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: igen nem

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy a 2015. CXC. törvényben meghatározott részes (lásd. CRS-FATCA nyilatkozat felsorolás) állambeli adóügyi illetőségű személynek minősülök: igen 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.

A Ptk. alapján azon szolgáltatások esetén, amely a szerződés megszűnésével jár, a szolgáltatás teljesítéséhez a kötvény visszaszolgáltatása szükséges, ezért kérjük, hogy szíveskedjen csatolni az eredeti kötvényt is jelen kérelméhez. Amennyiben az eredeti kötvény elveszett, úgy kérjük erre vonatkozó nyilatkozatát szíveskedjen a kérelmen megtenni. A kötvényt csatoltam: igen nem

Alulírott szerződő/kedvezményezett nyilatkozom, hogy az eredeti biztosítási kötvény _____, elveszett egyéb okból:
_____, nem áll rendelkezésemre.

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 kezdeményezett(ek) esetén a csatolt pótlapok száma: _____

Kötvényszám: _____

A SIGNAL IDUNA BIZTOSÍTÓ ZRT-NÉL KÖTÖTT BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSRE TÖRTÉNŐ ÁTKÖNYVELÉS⁷ ESETÉN SZÜKSÉGES KITÖLTENI

Új szerződés kötvényszáma: _____			
Átkönyvelendő összeg:	Rendszeres/egyszeri díjként:	HUF	Eseti díjként: HUF
Kelt:		Kedvezményezett aláírása:	

⁷Kérjük, hogy a megfelelő nyomtatványt csatolja az átkönyvelés végrehajtásához.

AZ IGÉNYBEJELENTŐT A BIZTOSÍTÓ RÉSZÉRŐL ÁTVETTE

Szervezeti egység:	Név:
Kelt:	Aláírás:

SZAKSZERVEZETI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN

Igazolom hogy a biztosított személy a _____ szakszervezet tagja: _____ -től _____ -ig / jelenleg is

Tagkártya száma:	Bélyegző helye:
Aláírás:	
Kelt:	

TÁJÉKOZTATÓ A SZEMÉLYBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ KITÖLTÉSÉHEZ

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

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

Az életbenlét igazolása történhet:

- a biztosított, az együttbiztosított és a kedvezményezett által aláírt, dátummal ellátott, a biztosító felé eljuttatott személyazonosító igazolvány/vezetői engedély/útlevelel és lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolattal vagy
- személyesen. Az azonosítást személyes megjelenés esetén a biztosítási képviselő, vagy a SIGNAL IDUNA Biztosító ügyfélszolgálati munkatársa végzi.

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

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a haláleseti/elérési/lejárati szolgáltatás kifizetésének teljesítéséhez a kedvezményezett személyazonosító okmányának (személyazonosító igazolvány, útlevelel 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.

Amennyiben a kedvezményezett jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet (együtt: cég) a kedvezményezett képviselőjének aláírási címpéldányának másolatát és a képviselőt 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.