

Közvetítői kód:
1 2 0 0 1 2 9 5 6

a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei,
a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei
és a Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételei szerint

Ajánlatszám:
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kérjük az ajánlatot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni. Kérjük 1 eredeti példányban kitöltve és aláírva a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. részére eljuttatni.

1. Szerződő (ha magánszemély)		<input type="checkbox"/> férfi <input type="checkbox"/> nő	Szerződő (ha nem magánszemély)	
A Szerződő a saját nevében jár el: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem ¹			A cégjegyzésre, képviselőre jogosult tényleges tulajdonos: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem ¹	
Név:			Cég neve:	
Születéskori név:			Cégjegyzékszám (melléklet!):	Adószám:
Állampolgárság:		Adóazonosító jel:	Székhely, fióktelep címe (irányítószám, helység):	
Anyja születéskori neve:		Utca, házszám, emelet, ajtó:		
Születési hely és idő:		Telephely (levelezési) címe (irányítószám, helység):		
Állandó lakcím (irányítószám, helység):		Utca, házszám, emelet, ajtó:		
Utca, házszám, emelet, ajtó:		Cég fő tevékenységi köre:		
Levelezési cím (irányítószám, helység):		Cégjegyzésre, képviselőre jogosult családi és utóneve:		
Utca, házszám, emelet, ajtó:		Születési (előző, leánykori) neve, ha eltér:		
Azonosító okmány jele, száma: <input type="checkbox"/> Személyi ig. <input type="checkbox"/> Útlevél	Lakcímkártya száma:	Születési helye, ideje:		
Érvényességi ideje:		Állampolgársága:	Beosztása:	
Telefonszám 1:		Anyja születéskori neve:		
Telefonszám 2:		Cégjegyzésre, képviselőre jogosult lakcíme (irányítószám, helység):		
E-mail:		Utca, házszám, emelet, ajtó:		
Foglalkozás:		Milyen státuszban dolgozik? <input type="checkbox"/> Alkalmazott <input type="checkbox"/> Vállalkozó <input type="checkbox"/> Egyéb		
Munkahely:		Azonosító okmány jele, száma: <input type="checkbox"/> Személyi ig. <input type="checkbox"/> Útlevél	Lakcímkártya száma:	
Élettársal/Házastársal él: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Eltartottak száma:	Érvényességi ideje:		
		Telefonszám 1:		
		Telefonszám 2:		
		E-mail:		

¹ Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a kérdésre nemmel válaszolt, úgy Azonosítási adatlap kitöltése válik szükségessé.

Kérjük az Ön által biztosítani kívánt személyek adatait az 1. Biztosított - 5. Biztosított alcímű részekben adja meg, minden Biztosított adatait külön pontban. Amennyiben ötnél több biztosítottat kíván megjelölni, kérjük, a további biztosítottak adatait az erre szolgáló Pótlapon adja meg.

2. Biztosított(ak) adatai:

1. Biztosított*	Megegyezik a szerződéssel* <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		Név:				
Születéskori név:				Állampolgárság:			
Anyja születéskori neve:							
Születési hely:				Születési idő:	Év	Hó	Nap
Állandó lakcím (ir.szám, helység):							
Utca, házszám, emelet, ajtó:							
Azonosító okmány jele, száma: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útlevél				Lakcímkártya száma:			
	Érvényességi ideje:			Telefonszám 1:			
E-mail:				Telefonszám 2:			
2. Biztosított	Név:						
Születéskori név:				Állampolgárság:			
Anyja születéskori neve:							
Születési hely:				Születési idő:	Év	Hó	Nap
Állandó lakcím (ir.szám, helység):							
Utca, házszám, emelet, ajtó:							
Azonosító okmány jele, száma: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útlevél				Lakcímkártya száma:			
	Érvényességi ideje:			Telefonszám 1:			
E-mail:				Telefonszám 2:			

3. Biztosított	Név:															
Születéskori név:																
Anyja születéskori neve:																
Születési hely:										Születési idő:	Év	Hó	Nap			
Állandó lakcím (ir.szám, helység):																
Utca, házsám, emelet, ajtó:																
Azonosító okmány jele, száma:	<input type="checkbox"/> Személyi igazolvány	<input type="checkbox"/> Útleve										Lakcímkártya száma:				
	Érvényességi ideje:												Telefonszám 1:			
E-mail:													Telefonszám 2:			

4. Biztosított	Név:															
Születéskori név:																
Anyja születéskori neve:																
Születési hely:										Születési idő:	Év	Hó	Nap			
Állandó lakcím (ir.szám, helység):																
Utca, házsám, emelet, ajtó:																
Azonosító okmány jele, száma:	<input type="checkbox"/> Személyi igazolvány	<input type="checkbox"/> Útleve										Lakcímkártya száma:				
	Érvényességi ideje:												Telefonszám 1:			
E-mail:													Telefonszám 2:			

5. Biztosított	Név:															
Születéskori név:																
Anyja születéskori neve:																
Születési hely:										Születési idő:	Év	Hó	Nap			
Állandó lakcím (ir.szám, helység):																
Utca, házsám, emelet, ajtó:																
Azonosító okmány jele, száma:	<input type="checkbox"/> Személyi igazolvány	<input type="checkbox"/> Útleve										Lakcímkártya száma:				
	Érvényességi ideje:												Telefonszám 1:			
E-mail:													Telefonszám 2:			

3. A szerződés adatai*:

A szerződés tartama határozatlan. A díjfizetési időszak megegyezik a szerződés tartamával.												Díjfizetés gyakorisága*:										
												<input type="checkbox"/> Éves	<input type="checkbox"/> Féléves	<input type="checkbox"/> Negyedéves	<input type="checkbox"/> Havi							
												Díjfizetés módja*:										
												<input type="checkbox"/> Postai utalvány	<input type="checkbox"/> Átutalás	<input type="checkbox"/> Csoportos beszédési megbízás								
Bankszámlaszám*:																						
Bankszámlaszám:																						
A díjfizetési gyakoriságnak megfelelő biztosítási díj*:												• további biztosítottakra, úgy mint ² :										
<input type="checkbox"/> az 1. Biztosítottra:												Ft	név:								Ft	
<input type="checkbox"/> a 2. Biztosítottra:												Ft	név:									Ft
<input type="checkbox"/> a 3. Biztosítottra:												Ft	név:									Ft
<input type="checkbox"/> a 4. Biztosítottra:												Ft	név:									Ft
<input type="checkbox"/> az 5. Biztosítottra:												Ft	Összesen*:									Ft

² Kérjük, itt adja meg a Pótlapon nevesített biztosítottakra vonatkozó biztosítási díjakat.

	Kedvezményes, gyakoriság szerinti díjak			
	Éves díjfizetés	Féléves díjfizetés	Negyedéves díjfizetés	Havi díjfizetés
Gyermek díj ³ (0-18 éves biztosított)	26 880 Ft	13 720 Ft	7 000 Ft	2 380 Ft
Felnőtt díj (19-64 éves biztosított)	59 080 Ft	30 240 Ft	15 400 Ft	5 180 Ft

³ A szerződésbe háromnál több gyermek bevonása esetén a negyedik és további gyermekek díja ingyenes.

Az első, választott gyakoriság szerinti biztosítási díj ajánlattételkor esedékes. Az első díjat a választott díjfizetési módtól függetlenül kérjük banki átutalással megfizetni a biztosító UniCredit Banknál vezetett **10918001-00000024-98060007** számú forint számlájára. A befizetésre vonatkozó igazolást kérjük mellékelje ajánlatához.

Alulírott szerződő/biztosított kijelentem, hogy jelen egészségbiztosítási ajánlatban megadott adataim a valóságnak megfelelnek, azok egyeznek az igazoló okmányokban szereplő adatokkal. Tudomásul veszem, hogy korábbi szóbeli közlések vagy kikötések, írásbeli szerződésbe nem foglalt megállapodások jelen ajánlat aláírásával érvényüket veszítik. Alulírott szerződő ajánlatot teszek a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt-nek az ajánlatom és az ajánlatomon megjelölt biztosítás feltételei szerinti tartalommal a biztosítási szerződés megkötésére. Alulírott biztosított (biztosított törvényes képviselője) hozzájárulok a szerződés megkötéséhez. **Alulírott szerződő tudomással bírok arról, és kifejezetten elfogadom azt, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. honlapján (www.cigpannonia.hu) teszi elérhetővé számomra az Általános és Különös Feltételeket, melyeket az ajánlat megtétele előtt megismertem. Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy 5 (öt) napon belül köteles vagyok bejelenteni a biztosítónak a fenti adatokban, vagy a saját adataimban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.**

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Szerződő aláírása

1. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

2. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

3. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

4. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

5. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

A biztosító felhívja az ügyfél figyelmét, hogy az ajánlatot visszautasíthatja, ha a kockázatbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

Érvényes: 2016. április 30-tól

a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei,
a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei
és a Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételei szerint

Ajánlatszám:

I. Nyilatkozat a személyes adatok kezeléséről – Kitöltése minden esetben kötelező!

- A. A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Ügyfelei személyes és különleges adatait a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatással kapcsolatosan a szerződés érvényességének, illetve az érvényesség lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig tartja nyilván és kezeli.
- B. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban Bit.) 138. § (1) bekezdésének (o) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzőkkel szemben. A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. a biztosítási szerződésben foglalt adatok feldolgozása érdekében személyes adatokat ad át a Tata Consultancy Services Limited Magyarországi Fióktelepének (székhely: 1117 Budapest, Irinyi József u. 4-20. B épület; adószám: 21981128-2-43; cégjegyzék szám: 01-17-000295), az EPDB Nyomtatási Központ Zrt.-nek (székhely: 1117 Budapest Budafoki út 107-109.; adószám: 24924243-2-43; cégjegyzék szám: 01-10-048079), a Milpress Kft.-nek (székhely: 1117 Budapest, Budafoki út 187-189.; adószám: 13657152-2-43; cégjegyzék szám: 01-09-866515), a Europ Assistance Magyarország Kft.-nek (székhely: 1134 Budapest, Dévai utca 26-28.; adószám: 12231401-2-41; cégjegyzék szám: 01-09-565790) és a Best Doctors Underwriting Iberia SLU-nak (székhely: Calle Almagro, 36., 1. emelet, 28010, Madrid, Spanyolország; adószám: B-83644484; regisztráló hatóság: Mercantile Registration Office of Madrid). A kiszervezett tevékenységet végző cégek listáját a biztosító a webhelyén teszi közzé.
- C. Tudomásul veszem, hogy a biztosító felé tett újabb ajánlattételek során az ajánlatban szereplő személyek személyes adataiban történő változások a levelezési cím és bankszámlaszám adatok kivételével a korábban kötött szerződéseim kapcsán automatikusan átvezetésre kerülnek. A meglévő szerződés(ek)hez kapcsolódó levelezési cím és bankszámla adatok változásáról a biztosítót szerződésenként, írásban kell tájékoztatni

A nyilatkozat megértését segítő tájékoztató, nem képezi a nyilatkozatának részét:

Nyilatkozatában hozzájárul ahhoz, hogy személyes adatait a biztosító a szerződésével kapcsolatban nyilvántartsa és kezelje a törvényi előírásoknak megfelelően. Továbbá arról tájékoztatjuk, hogy adatai mely társaságok részére adhatóak át a szerződésével kapcsolatban, tekintettel arra, hogy egyes tevékenységeket nem a biztosító lát el közvetlenül, hanem azok elvégzésével más társaságokat bíz meg. Kérjük minden biztosított vagy annak törvényes képviselője a jelölt helyen írja alá.

Kelt: _____ 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap

Szerződő aláírása

1. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

2. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

3. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

4. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

5. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

2. Nyilatkozat a titoktartás alóli felmentésről – Kitöltése minden esetben kötelező!

A biztosított a szerződési feltételekben megjelölt adatkezelési tájékoztató ismeretében hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító, a Europ Assistance Magyarország Kft. és a Best Doctors Underwriting Iberia S.L.U. az egészségi állapotával kapcsolatos különleges személyes adatai közül a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, hatályban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésével és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat kezelje és azokat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 140. §-ban megjelölt adatfeldolgozók számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti a különleges adatokat jogszabályi, vagy szerződéses felhatalmazás alapján nyilvántartó további adatkezelőket, így különösen a kezelőorvost, egészségügyi szolgáltatót, vagy intézményt, az egészségügyi államigazgatási szerv intézményeit, állami és egyéb mentőszolgálatot minden, a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában fennálló titoktartási kötelezettségük alól és hozzájárul ahhoz, hogy ezen szervezetek, illetőleg személyek a szolgáltatási igény elbírálásához és a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges adatokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt., a Europ Assistance Magyarország Kft. és a Best Doctors Underwriting Iberia S.L.U. felé elektronikusan, faxon, vagy postai úton továbbítsák. A biztosító, a Europ Assistance Magyarország Kft. és a Best Doctors Underwriting Iberia S.L.U. az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az adatkezelők kötelesek törölni minden olyan személyes és különleges adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

A nyilatkozat megértését segítő tájékoztató, nem képezi a nyilatkozatának részét:

Nyilatkozatában hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és partnerei az egészségi állapotával kapcsolatos különleges személyes adatokat a biztosítási szerződésére vonatkozóan kezeljék. Nyilatkozatával felmenti titoktartási kötelezettségük alól azon személyeket, szolgáltatókat, hatósági intézményeket, akik Önrel kapcsolatosan különleges adatot kezelnek, hogy ezeket az adatokat a biztosító és a biztosító partnerei részére átadják a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségek (így például a szolgáltatási igény elbírálása, szolgáltatás teljesítése) teljesítéséhez. Az adatok törlésre kerülnek, ha az adatkezelési cél megszűnt, az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, vagy kezelésükre törvény nem biztosít lehetőséget. Kérjük minden biztosított vagy annak törvényes képviselője a jelölt helyen írja alá.

Kelt: _____ 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap

1. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

2. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

3. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

4. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

5. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

3. Reklámanyag küldéséhez hozzájárulás

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a részemre a tevékenységével és azzal összefüggő tájékoztatókkal vagy ajánlatokkal keressen meg postai küldemény, telefonhívás vagy e-mail üzenet formájában, továbbá nevemet, lakcímemet, telefonszámomat és e-mail elérhetőségemet a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. cégcsoport más tagjai, valamint a Pannónia Nyugdíjpénztár, Pannónia CIG Alapkezelő Zrt. és a Gránit Bank Zrt. részére ugyanezen célból átadja.

igen / nem

Tájékoztatás

A hozzájárulás önkéntes és arra a megfelelő tájékoztatás elolvasását követően kerülhet sor. A hozzájárulás bármikor korlátozás és indokolás nélkül visszavonható, ilyen esetben a személyes adatok a reklámküldeményekre jogosultak köréből haladéktalanul törlésre kerülnek. A személyes adatokat a biztosító és a befolyásolása alatt álló gazdálkodó szervek az európai uniós irányelvek, a hatályos magyar jogszabályok és a belső adatvédelmi szabályzat rendelkezései szerint kezelik. Az adatvédelmi szabályzat a biztosító honlapjáról ismerhető meg, továbbá az érintettek jogairól a biztosító telefonos ügyfélszolgálat is megkereshető.

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. cégcsoport tagja minden olyan gazdálkodó szervezet, amelyben a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. többségi befolyással rendelkezik.

Kelt: _____ 2 | 0 | _____ év | _____ hó | _____ nap

Szerződő aláírása

4. Kommunikáció módjának megválasztása – Kitöltése minden esetben kötelező!

Kérem, hogy a biztosító a küldeményeit részemre postai kézbesítés helyett elektronikus úton, az ajánlat I. pontjában megadott e-mail címre küldje meg.

igen / nem

Tudomásul veszem, hogy jelen kérésemet a biztosító a technikai feltételeinek függvényében teljesíti.

Tájékoztatás

Az e-mail cím változását a biztosítóhoz a változást követő 5 napon belül kell bejelenteni. A változásbejelentési kötelezettség elmulasztásából eredő következményeket a mulasztó fél viseli. A biztosító kizárja az Internet szolgáltató működésének rendellenességéből vagy hiányosságából eredő károkkal kapcsolatos felelősségét. Az elektronikus úton kézbesített üzenet biztosítási titkot képez, ezért annak megővására a kézbesítést követően az érintettnek kell gondoskodnia. A kézbesíthetetlen e-mail üzeneteket a biztosító postai úton is megküldheti, amelynek költségeit jogosult érvényesíteni, továbbá az érintett elveszti az elektronikus kommunikációra vonatkozó esetleges kedvezményét.

Kelt: _____ | 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

Szerződő aláírása

5. Nyilatkozat a kapott tájékoztatásról és az átvett dokumentumokról – Kitöltése minden esetben kötelező!

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. honlapján (www.cigpannonia.hu) teszi elérhetővé a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételeit, Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételeit valamint a Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételeit és annak mellékleteit, mely a biztosító elnevezését, székhelyét, jogi formáját, a hatáskörrel rendelkező felügyeleti hatóságot, a fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről szóló éves jelentés közzétételi kötelezettségét, a biztosító titoktartási kötelezettségét, a panaszügyek intézésének lehetőségét és módját, valamint az ajánlat tárgyát képező Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás jellemzőit is tartalmazza.

Alulírott szerződő nyilatkozom, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. honlapjának eléréséhez, az Általános és Különös Feltételek megtekintéséhez szükséges technikai feltételekkel rendelkezem. Tudomásul veszem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. honlapján keresztül teszi számomra elérhetővé az Általános és Különös Feltételeket. Aláírással igazolom továbbá, hogy az ajánlattétel előtt az Általános és Különös Feltételeket megismertem.

Az alábbiakat ismertem meg:

A CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételei, Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételei, a Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételei és annak mellékletei.

Best Doctors® Smart Egészségbiztosítási ajánlat.

Nyilatkozat a személyes adatok kezeléséről.

Nyilatkozat a titoktartás alóli felmentésről.

Egyéb: _____

Kelt: _____ | 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

Szerződő aláírása

6. Egészségi nyilatkozat – Kitöltése minden esetben kötelező!

All-e Ön jelenleg, vagy volt-e Ön az elmúlt 10 évben kórházi, járóbeteg ellátási vagy szakorvosi kezelés, felülvizsgálat, kontrollvizsgálat vagy megfigyelés alatt, illetve végeztek-e Önön az elmúlt 10 évben diagnosztikai vizsgálatot potenciális tünetek felderítése céljából⁴ az alább felsorolt betegségek bármelyikével kapcsolatban?

- rákkal, vagy más rosszindulatú daganattal, a Hodgkin kórt is ideértve;
- bármilyen tumorra vagy cisztával az agyban, a koponyában vagy a gerincvelőben;
- leukémiával vagy más vérképzőszervi rendellenességgel, amely egy hónapnál hosszabb tartamú kezelést igényelt (pl. anémia, lymphoma, myeloma, véralvadási zavar, hemofília, vaszkuláris vérzési zavarok);
- bármely premalignus és „in situ” rákok, beleértve de nem kizárólag a mell-, nőgyógyászati-, húgyhólyag vagy prosztatata premalignus kórképeket;
- bármilyen szívbetegséggel (pl. szívroham, angina, kardiomiopátia, szívbillentyű zavarok, szívöreg, reumatikus láz; NEM-mel lehet felelni, amennyiben Önt csak magas vérnyomással és/vagy magas koleszterin-szinttel kezelik);
- stroke-kal vagy agyvérzéssel;
- bármilyen típusú cukorbetegséggel (diabétesszel).

⁴ Amennyiben jelenleg diagnosztikai tesztek eredményére vár, kérjük csak azok megismerése után töltsse ki az egészségi nyilatkozatot.

						Válasz a kérdésre:
1. Biztosított neve:		Születési ideje:	Év	Hó	Nap	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
2. Biztosított neve:		Születési ideje:	Év	Hó	Nap	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
3. Biztosított neve:		Születési ideje:	Év	Hó	Nap	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
4. Biztosított neve:		Születési ideje:	Év	Hó	Nap	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
5. Biztosított neve:		Születési ideje:	Év	Hó	Nap	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ | 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

1. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

2. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

3. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

4. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása

5. Biztosított/Törvényes képviselő aláírása