

TRUCK: UTASBIZTOSÍTÁSI BÉRLET FUVAROZÓK RÉSZÉRE KÜLFÖLDÖN AJÁNLATKÉRŐ ADATLAP

CÉG/SZERZŐDŐ neve:	
CÉG/SZERZŐDŐ címe:	
SZERZŐDŐ tevékenysége:	
ALKUSZ cég neve:	
Kockázatviselés kezdete:	

Igényelt verzió:	I. verzió <input type="checkbox"/>	II. verzió <input type="checkbox"/>	III. verzió <input type="checkbox"/>
Rendszámok:			
Célországok megjelölése:			
Volt-e az elmúlt 3 évben balesetbiztosítási káreseményük?:	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, kérjük részletezze alább:			

A TRUCK utasbiztosítás fuvarozók részére vonatkozó biztosítási feltételrendszer:

Colonnade Insurance S. A. Magyarországi Fióktelepe
Colonnade Csoportos TRUCK utasbiztosítás fuvarozók részére | Szerződési Feltételek 001-2023

Kelt: _____, _____ (év) __ (hó) __ (nap)

Cégszerű aláírás

NYILATKOZAT

(a 2014. évi LXXXVIII. Törvényben előírt előzetes tájékoztatásról, az ajánlatban megadott adatokról, más biztosítók megkereséséről)

Alulírottak, a szerződő / biztosított / társbiztosított cégjegyzésre jogosult képviselőjében ezennel kijelentjük, hogy a biztosító adatairól, a biztosítási szerződés jellemzőiről részletes írásbeli tájékoztatást kaptunk, az ezen információkat, adatokat, feltételeket tartalmazó, az ajánlatban felsorolt biztosítási feltételeket, szabályzatokat, a biztosítási terméktájékoztatókat az ajánlat megtételét és aláírását megelőzően hiánytalanul átvettük, az abban foglaltakat áttanulmányoztuk, megértettük és tudomásul vettük.

Kijelentjük továbbá, hogy a biztosítási ajánlaton megadott adatok, információk helyesek és azokért az ajánlat aláírásával felelősséget vállalunk.

Tudomásul vesszük, hogy a biztosítási szerződés az általunk tett biztosítási ajánlaton alapul, ezért esetleges kárrendezés során a biztosító az abban foglaltakat is figyelembe veszi.

Az ajánlatban szereplő kockázatviselési kezdettel hozzájárulok, hogy a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 149 § alapján - a veszélyközösség megóvása érdekében,- a jogszabályban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségek teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából a Biztosító megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, illetőleg köteles adatot szolgáltatni a törvényben meghatározott adatok vonatkozásában az őt megkereső biztosítónak.

(A megfelelő válaszhoz tartozó négyzetet kérjük jelölje „x”-szel)

IGEN NEM

Kelt:, 20__ (év) __ (hó) __ (nap)

Szerződő /Biztosított / Társbiztosított cégszerű aláírása

NYILATKOZAT

1. Orosz/Fehérorosz/Ukrán tulajdonos vagy befolyás

Kijelentem, hogy az általam képviselt társaság / szerződő nem rendelkezik sem közvetetten, sem közvetlenül orosz, fehérorosz vagy ukrán tulajdonossal vagy ellenőrző befolyást gyakorló személlyel (Oroszországban, Fehéroroszországban vagy Ukrajnában bejegyzett cég, vagy ezen országokban állandó lakcímmel rendelkező magánszemélyek).

2. Oroszországban / Fehéroroszországban / Ukrajnában bejegyzett leányvállalatok

Kijelentem, hogy az általam képviselt társaság / szerződő nem rendelkezik Oroszországban vagy Fehéroroszországban, illetve Ukrajnában bejegyzett társasággal, eszközzel, érdekeltséggel vagy állandó telephellyel.

3. Oroszországgal / Fehéroroszországgal / Ukrajnával fennálló üzleti kapcsolatok

Kijelentem, hogy az általam képviselt társaság / szerződő közvetlenül nem értékesít semmilyen terméket, illetve nem nyújt semmilyen szolgáltatást orosz, fehérorosz, illetve ukrán piacra.

Kijelentem, hogy az általam képviselt társaság / szerződő nem vásárol semmilyen terméket, illetve szolgáltatást orosz, fehérorosz, illetve ukrán személy(ek)től (Oroszországban, Fehéroroszországban vagy Ukrajnában bejegyzett cégtől, vagy ezen országokban állandó lakcímmel rendelkező magánszemélyektől).

Kelt:, 20__ (év) __ (hó) __ (nap)

Szerződő /Biztosított / Társbiztosított cégszerű aláírása

Záradék száma: INDAH-001-2022

**MÓDOSÍTÁSI ZÁRADÉK
(Csoportos baleset-, betegség-, és utasbiztosítás)**

1. A Biztosítási szerződés módosítása

A Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe (székhely: 1134 Budapest, Váci út 23-27.; továbbiakban: Biztosító) minden évben a Biztosítási szerződés évfordulója alkalmával a díjszámítás alapját képező adatok változása alapján jogosult aktualizálni a biztosítási szerződést.

2. A Biztosítási díj módosításának mechanizmusa

A biztosítási díj módosításának alapjául a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett fogyasztási főcsoportok árindexeinek átlaga figyelembevételével és az orvosi költségek indexszámai szolgálnak.

3. A módosítás elfogadása, annak jogkövetkezményei és a Biztosító teljesítésére gyakorolt hatása

A Biztosító a módosított díjról a Biztosítási szerződés évfordulója előtt legalább 60 nappal írásban értesíti a Szerződőt.

Amennyiben a Szerződő elfogadja a Biztosítási szerződés aktualizálását, akkor nincs teendője. Biztosító megküldi a Szerződőnek a módosított kötvényt, amely alapján az évfordulót követően az aktualizált biztosítási díjjal folytatódik a szerződése.

Amennyiben a Szerződő nem fogadja el a módosítást, akkor ezt a Biztosító felé az évforduló előtt minimum 45 nappal írásban jeleznie kell. Ebben az esetben a szerződés az évfordulót követően is változatlan éves díjon folytatódik.

Figyelem! Amennyiben a Szerződő nem jelzi a megadott határidőben, hogy nem kíván élni az aktualizálással, akkor az a módosított biztosítási díj elfogadásának minősül.

A biztosítási díj módosítására először a szerződés létrejöttét követő első évforduló alkalmával, meglévő szerződés esetén pedig a Módosítási záradék elfogadását követő első évforduló alkalmával kerül sor.

Jelen pont szerinti záradéokra tekintettel a Biztosítási feltételek eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől.

4. Egyéb

A Biztosító által tett ajánlatban rögzített indexálástól eltérő módosítási igény esetén a Szerződőnek lehetősége van a Biztosítási szerződés aktualizálására az évfordulótól függetlenül is.

NYILATKOZAT

Alulírott, ügyvezető mint a Szerződő/Biztosított aláírásra jogosult képviselője kijelentem, hogy:

a Biztosító által megküldött Módosítási záradékot elolvastam, megértettem és azt a Biztosítási szerződés évfordulójától érvényesnek elfogadom.

Kelt:, 20__ (év) __ (hó) __ (nap)

.....
Szerződő cégszerű aláírása

Mint Szerződő elfogadom a rendelkezésemre bocsátott Adatvédelmi Szabályzatban szereplő feltételeket. Azzal, hogy azonosítható személyekkel kapcsolatos adatokat adok át a Colonnade-nek, kijelentem, hogy fel vagyok hatalmazva ezen személyes adatok Colonnade-nek történő átadására. Vállalom, hogy személyes adatok Colonnade-nek történő átadása esetén tájékoztatom az érintett személyt az Adatvédelmi Szabályzat tartalmáról és beszerzem a szükséges hozzájárulást az érintett személy személyes adatainak átadásához, illetve az Adatvédelmi Szabályzatban írtak szerinti kezeléséhez és továbbításához (ideértve a külföldre történő továbbítást is)