

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

Biztosított neve		Születési dátuma	Igényelt biztosítási csomag (kérjük válasszon)		
1.			Ezüst	Arany	Platina
2.			Ezüst	Arany	Platina
3.			Ezüst	Arany	Platina
4.			Ezüst	Arany	Platina
5.			Ezüst	Arany	Platina
6.			Ezüst	Arany	Platina
7.			Ezüst	Arany	Platina
8.			Ezüst	Arany	Platina

Amennyiben valamely biztosítandó személy a 80. életévét a biztosítási időszak alatt tölténé be, kérjük ezen személy vonatkozásában - az életkor adatok feltüntetése mellett - külön ajánlati adatlap kitöltését!

Ha a rendelkezésre álló hely kevés, kérjük, csatoljon egy külön lapot.

Társaság teljes létszáma:

Évi utasnapok teljes száma:

Kérjük jelöljék meg %-os arányban, hogy milyen közlekedési eszközöket vesznek igénybe az utazáshoz?

Személygépkocsi:

Repülő:

Vonat:

Egyéb:

A WBC Nemzetközi üzleti utasbiztosítási bérletre vonatkozó biztosítási feltételrendszer:

Colonnade Insurance S. A. Magyarországi Fióktelepe
Csoportos üzleti utasbiztosítás 001-2025

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 képviselője 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 tulajdonos vagy befolyás

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

2. Oroszországban / Fehéroroszországban bejegyzett leányvállalatok

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

3. Oroszországgal / Fehéroroszországgal fennálló üzleti kapcsolatok

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

Kijelentem, hogy az általam képviselt társaság / szerződő nem vásárol semmilyen terméket, illetve szolgáltatást orosz, fehérorosz személy(ek)től (Oroszországban, Fehéroroszországban 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)