

## Biztosítotti nyilatkozat

Ezúton nyilatkozom, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. (Biztosító) és Continental Hungaria Kft. (Szerződő) között létrejött ContiSafe3 csoportos biztosítási Szerződéshez (továbbiakban: Csoportos Biztosítási Szerződés) Biztosítottként csatlakozni kívánok az alábbi feltételek szerint.

### Biztosító adatai:

**UNIQA Biztosító Zrt.** (székhely: 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70-74., cégjegyzékszám: 01-10-041515, adószám: 10456017-4-44, csoportos adóalanyiság azonosító száma: 17781224-5-44)

### Szerződő adatai

**Continental Hungaria Kft.** (székhely: 2040 Budaörs, Távíró köz 2-4.; cégjegyzékszám: 13-09-070676; adószám: 10505506-2-44).

- ✓ Kijelentem, hogy az egyedi záradékkal ellátott **3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás csoportos biztosítási termékismertetőjét és a szerződéses feltételt** megismertem, azokat az abban foglaltakat maradéktalanul elfogadtam.
- ✓ Kijelentem, hogy a **ContiSafe3 assistance csoportos biztosítási termékismertetőjét és a szerződéses feltételt** megismertem, az abban foglaltakat maradéktalanul elfogadtam.
- ✓ Kijelentem, hogy **az egyedi záradékkal ellátott 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás és a ContiSafe3 assistance csoportos Biztosítás által nyújtott biztosítási védelemre igényt tartok** és ezúttal kérem a Continental Hungaria Kft., mint Szerződő és Biztosító közötti csoportos biztosítási Megállapodás hatályának Biztosítottként rám való kiterjesztését.
- ✓ Tudomásul veszem, hogy az egyedi záradékkal ellátott 3D Csoportos élet-, baleset- és betegségbiztosítás és a ContiSafe3 assistance csoportos biztosítási szerződések megkötését megelőzően tanácsadásra nem került sor.
- ✓ Tudomásul veszem, hogy a Biztosító kockázatviselésének kezdete jelen csatlakozási nyilatkozat elfogadását követő nap 0.00 órája.
- ✓ Kijelentem, hogy jelen nyilatkozattal visszavonhatatlanul lemondok azon jogomról, hogy a biztosítási szerződésbe szerződőként belépjek.
- ✓ Tudomásul veszem, hogy a Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás nyújtásának kötelezettsége alól, ha a biztosítási esemény bekövetkezése után a feltételekben meghatározott időn belül nem jelentem be a kárigényemet a Biztosító által megadott telefonszámon, email címen és a bejelentés elmulasztása miatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak.