

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük, hogy megtisztelte Társaságunkat bizalmával, és nálunk tett ajánlatot a 2302710000603 számú **PostaÉletŐr** folyamatos díjas életbiztosításra.

Tájékoztatjuk, hogy a fenti ajánlat elfogadásához orvosi vizsgálat elvégzésére van szükség, hivatkozással az Ügyféltájékoztató és biztosítási feltételek 7.2. pontjában megfogalmazottakra, mely szerint: *„A Biztosító az egészségi nyilatkozat tartalmától, illetőleg a biztosítási összeg nagyságától, valamint a Társbiztosított életkorától függően a szerződés létrejöttéhez orvosi vizsgálat elvégzését, és az orvosi vizsgálat eredményeinek a Biztosítóhoz történő beérkezését is kérheti”*. Társaságunk belső szabályzata értelmében, 2 000 000 forint feletti haláleseti biztosítási összeg választása esetén a Társbiztosítottnak orvosi vizsgálatot írunk elő.

A vizsgálat elvégzéséhez javasoljuk, hogy mielőbb keresse fel háziorvosát, és a vizsgálat elvégzése előtt nyújtsa át neki a mellékletként megküldött dokumentumokat:

- ▶ Háziorvos részére címzett levél
- ▶ Orvosi vizsgálati jelentés (A)
- ▶ Megbízási Szerződés

A vizsgálati eredményeket tartalmazó kitöltött dokumentumok eljuttatása Társaságunk részére a vizsgálatot elvégző orvos feladata.

Írásbeli kérelmére a kockázatelbírálásra törvényileg rendelkezésre álló határidőt további 15 nappal meghosszabbítjuk. Amennyiben az orvosi vizsgálati jelentés a jelzett határidőn belül nem érkezik be Társaságunkhoz, biztosítási ajánlatát elutasítjuk.

Szerződéssel kapcsolatos kérdéseivel kérjük, forduljon Ügyfélszolgálatunkhoz a 06 40 200 480-as telefonszámon vagy az info@mpb.hu e-mail címen. A gyorsabb ügyintézés érdekében ajánlatszámát/kötvényszámát a telefonbeszélgetés előtt szíveskedjen előkészíteni.

Tisztelt Doktornő / Doktor úr!

Tájékoztatjuk, hogy ügyfelünk **PostaÉletŐr** 2302710000603 számú életbiztosítási ajánlatának elbírálásához a Posta Biztosító Ügyféltájékoztató és biztosítási feltételei alapján, a biztosítandó személy egészségi állapotának felmérése szükséges.

Kérjük, hogy a szükséges orvosi vizsgálatot a mellékelt nyomtatványok alapján elvégezni szíveskedjen.

Az elvégzett vizsgálatok költségeit Társaságunk a mellékelt megbízási szerződés szerint megtéríti Önnek, amennyiben a felsorolt dokumentumokat kitölti, és 3 napon belül ajánlott levélben Társaságunk részére eljuttatja a következő címre: **Magyar Posta Életbiztosító Zrt., 1535 Budapest, Pf. 952.**

- ▶ Megbízási Szerződés 1 eredeti példánya,
- ▶ a vizsgálat költségeiről szóló eredeti számla,
- ▶ a biztosítandó személy egészségi állapotáról szóló, adataival kitöltött Orvosi vizsgálati jelentés nyomtatvány.

Kérdéseivel kérjük, forduljon Ügyfélszolgálatunkhoz a 06 40 200 480-as telefonszámon vagy az info@mpb.hu e-mail címen.

Együttműködését köszönjük.

Üdvözlettel:



Szopkó György
Ügyfélszolgálat



Viski Éva
Ügyfélszolgálat

Kérjük, hogy ezt a kísérőlevelet adja át háziorvosának a vizsgálat megkezdése előtt!

PostaÉletŐr

Orvosi vizsgálati jelentés (A)

Ajánlatszám: 2302710000603

A vizsgált személy (Társbiztosított adatai)			
Neve:	TÁRSBIZTOSÍTOTT	Címe:	BUDAPEST, 1164
Szül. neve:	TÁRSBIZTOSÍTOTT	Szül.h.,id.:	SDF, 1956.01.01
Szig. sz.:	SDF	Foglalk.:	ASDF

Kérjük, hogy a vizsgáló orvos a Társbiztosított válaszai alapján igennel, vagy nemmel töltsse ki a kérdőívet!

A biztosítandó személy nyilatkozata az orvos előtt	
1. 1. Családi kórtörténet Előfordult-e szüleinél, testvéreinél tbc, rák (daganatos betegségek), szívbetegség, érrendszeri megbetegedés, magas vérnyomás, cukorbetegség, epilepszia, vesebetegség, vérzékenység, elmebetegség, depresszió, agyi érkatasztrófa, öngyilkosság, vagy egyéb jelentősebb betegség? Ha volt valamilyen megbetegedés, kérjük, írja le részletesen:	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. A biztosítandó személy kórtörténete Volt-e, vagy van-e valamilyen panasa, betegsége az alábbiak közül?	
1. 2. 1. Az utóbbi évben változott-e a testsúlya? Fogyott:kg-ot, ennek oka: Hízott:kg-ot, ennek oka:	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 2. Tud-e valamilyen veleszületett betegségről vagy fogyatékoságról?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 3. Szív és/vagy keringési rendszer: Volt-e, van-e szapora-, vagy rendetlen szív működés, légszomj, szív táji nyomás, szívizom-, szívbelhártya-gyulladás, szívbillentyűhiba, koronária-szívbetegség, magas vérnyomás, érszűkület, visszérbetegség, agyi érkrisis, egyéb?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 4. Légzőszervek: Volt-e, van-e tartós köhögés, véres köpet, rekedtség? Van-e adat tbc, szarkoidózis, tüdő asztma, krónikus hörghurut, fibrózis, légmell, krónikus légúti hurut, egyéb előfordulására?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 5. Anyagcsere, emésztőszervek: Volt-e, van-e sárgaság, tartós hasmenés, szurokszeklet, puffadás, testsúlycsökkenés? Van-e adat gyomor-, vagy nyombélfekély, vékony-, vagy vastagbélbetegség, máj-, epe-, hasnyálmirigy-, vagy egyéb emésztőszervi betegség előfordulására?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 6. Vese, húgyutak és nemi szervek: Volt-e, van-e vesegörcs, véres vizelet, gyakori-, fájdalmas vizelés, menstruációs rendellenesség, nőgyógyászati rendellenesség (méh, petefészek, emlő)? Van-e adat vese-, vagy vesemedence-gyulladás, vesekő, prosztatata, here-, vagy mellékhere-gyulladás, nemi betegség vagy egyéb előfordulására?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 7. Érzékszervek, szemészeti betegség, fül, orr, gége: Volt-e, van-e látásromlás (mértéke:.....D), hallásromlás? Van-e adat zöld hályog, szürke hályog, középfülgyulladás, otoszklerózis, egyéb előfordulására?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 8. Központi idegrendszer: Volt-e, van-e tartós fejfájás, szédülés, ájulás, bénulás, epilepszia, idegzsába, baleseti agykárosodás, agysorvadás, agyi érkatasztrófa, gyulladásos idegrendszeri betegség vagy egyéb?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 9. Mozgásszervek: Volt-e, van-e csont-, izom-, ízületi betegség, ízületi fájdalom, duzzanat, mozgáskorlátozottság?	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 10. Egyéb szervek, szervrendszerek kóros állapotai: Volt-e, van-e - bőrbetegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- pszichiátriai betegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- hormonbetegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- vérképzőrendszeri betegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- daganatos betegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- nyirokrendszeri betegsége:	☐ Igen ☐ Nem
- AIDS-betegsége, vagy pozitív HIV tesztje:	☐ Igen ☐ Nem
1. 2. 11. Egyéb, nem említett betegsége:	☐ Igen ☐ Nem

PostaÉletŐr

Orvosi vizsgálati jelentés (A)

Amennyiben a fenti kérdések bármelyikére igennel válaszolt, az adott pont megadásával írja le részletesen a kórismét:	
.....	
.....	
1. 3. Balesetek:	☐ Igen ☐ Nem
1. 3. 1. Volt-e baleseti sérülése, sport sérülése?	☐ Igen ☐ Nem
1. 3. 2. Volt-e mérgezése?	☐ Igen ☐ Nem
1. 3. 3. Volt-e öngyilkossági kísérlete?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. Vizsgáló és gyógyító beavatkozások:	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 1. Állt-e kórházi-, vagy más fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés alatt?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 2. Járóbeteg-ellátás keretében vizsgálták vagy vizsgálják-e?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 3. Volt-e műtete?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 4. Van-e kilátásban műtete?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 5. Korábban szedett-e tartósan gyógyszert?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 6. Jelenleg szed-e gyógyszert? Ha igen, miből mennyit?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 7. Kezelték-e izotóppal, röntgensugárral?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 8. Kezelték-e kemoterápiás szerekkel?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 9. Vizsgálták-e röntgen komputer-tomográffal?	☐ Igen ☐ Nem
1. 4. 10. Volt-e terheléses EKG vizsgálata?	☐ Igen ☐ Nem
1. 5. Terhesség:	☐ Igen ☐ Nem
1. 5. 1. Jelenleg fennáll-e terhesség? Hányadik hónapban van?	☐ Igen ☐ Nem
1. 5. 2. Korábbi terhessége(i) során jelentkezett-e komplikáció?	☐ Igen ☐ Nem
1.6. Szenvedély	☐ Igen ☐ Nem
1. 6. 1. Szesziesital fogyasztás:	
Tömény: ☐ ☐ dl/nap; Sör: ☐ ☐ dl/nap; Bor: ☐ ☐ dl/nap	
1. 6. 2. Dohányzás	☐ Igen ☐ Nem
Leszokott ☐ Mikor? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Cigaretta, szivar, pipa ☐ ☐ ☐ /nap	
1. 6. 3. Szed-e kábítószert?	☐ Igen ☐ Nem
Mióta? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mit használ?.....	
Ha leszokott róla, mikor? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Hogyan?.....	
1. 7. Munkaképesség és egészségi állapot mértéke:	☐ Igen ☐ Nem
1. 7. 1. Fennáll-e egészségi állapotromlás vagy munkaképesség-csökkenés, testi fogyatékoság, rokkantság?	
1. 7. 2. Kezdeményezett-e munkaképesség-csökkenést-, vagy egészségi állapotromlást megállapító orvos szakértői eljárást?	☐ Igen ☐ Nem
1. 7. 3. Állapítottak-e meg egészségi állapotromlást, vagy munkaképesség-csökkenést?	☐ Igen ☐ Nem
1. 8. Egyéb információk:	☐ Igen ☐ Nem
1. 8. 1. Folytat-e rendszeresen sportot, versenysportot?	☐ Igen ☐ Nem
1. 8. 2. Folytat-e veszélyes sportot, dolgozik-e veszélyes munkahelyen?	☐ Igen ☐ Nem
1. 8. 3. Volt-e elutasított életbiztosítási ajánlata?	☐ Igen ☐ Nem
1. 8. 4. Jobb- vagy balkezes?	☐ Jobb ☐ Bal
1. 8. 5. Kezelőorvosának neve, címe:	
Kérjük, hogy a vizsgáló orvos a fent említett adatokat egészítse ki azokkal az információkkal, melyeket a Társbiztosított egészségi állapotával kapcsolatban fontosnak tart:	
.....	
.....	

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, és tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése a biztosítás érvénytelenségét vonhatja maga után. Mindazokat az orvosokat, egészségügyi intézményeket, akik egészségi adataimat kezelik, a Magyar Posta Életbiztosító Zrt.-vel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem, abból a célból, hogy a Biztosító az egészségi állapottal összefüggő adataimat a biztosítási szerződés létrehozása, kezelése és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárása érdekében megismerje és felhasználja.

Kelt:

Társbiztosított aláírása

PostaÉletŐr

Orvosi vizsgálati jelentés (A)

2. Fizikális vizsgálat	
2.1. Testméretek	
2.1.1. Testsúly:..... kg, Testmagasság:..... cm	
2.1.2. Mellkaskörfogat belégzéskor:..... cm, kilégzéskor: cm	
2.1.3. Haskörfogat: cm, Nyakkerület:..... cm	
2.2. Van-e bőr és nyálkahártya eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2.3. Van-e mozgásszervi eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2.4. Mellkas	☐ Igen ☐ Nem
2.4.1. Inspectio alapján van eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2.4.2. Van-e tüdő kopogtatási és hallgatódzási eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2.5. Szív	☐ Igen ☐ Nem
2.5.1. Van-e kóros szívnagyobbodás?	☐ Igen ☐ Nem
2.5.2. Vérnyomás: 1. / Hgmm 2. / Hgmm 3. / Hgmm	
2.5.3. Pulzus:	
Nyugalmi:/perc Terhelés után:/perc 5 perc pihenés után:/perc	
2.5.4. Ritmusos?	☐ Igen ☐ Nem
2.5.5. Arritmiás?	☐ Igen ☐ Nem
2.6. Szájüreg	☐ Igen ☐ Nem
2.6.1. Van-e fizikális eltérés a nyelven, mandulákon, fogazaton, garatban?	☐ Igen ☐ Nem
2. 7. Has	☐ Igen ☐ Nem
2. 7. 1. Van-e inspekciós eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2. 7. 2. Van-e tapintási eltérés, vagy nyomásérzékenység?	☐ Igen ☐ Nem
2. 8. Perifériás artériák	☐ Igen ☐ Nem
2. 8. 1. Van-e tapintási- és/vagy hallgatódzási eltérés a nyakon, felső vagy alsó végtagon?	☐ Igen ☐ Nem
2. 9. Visszerek	☐ Igen ☐ Nem
2. 9. 1. Van-e hasi, alsó vagy felső végtagi visszereosségre utaló fizikális eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2. 9. 2. Észlelhetők-e alsóvégtagi postthrombotikus szindróma fizikális jelei?	☐ Igen ☐ Nem
2. 10. Egyéb	☐ Igen ☐ Nem
2. 10. 1. Emlő tapintási eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2. 10. 2. Pajzsmirigy tapintási eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2. 10. 3. Neurológiai eltérésre utaló fizikális eltérés?	☐ Igen ☐ Nem
2. 10. 4. Pszichés rendellenességre utaló fizikális eltérés?	☐ Igen ☐ Nem

Más említésre méltó fizikális eltérés?
Kérjük, hogy a vizsgáló orvos a fent említett adatokat egészítse ki azokkal az információkkal, amelyeket a vizsgált személy egészségi állapotával kapcsolatosan fontosnak tart:

.....

.....

.....

Igazolható-e a vizsgált személy személyazonossága?	☐ Igen ☐ Nem
Jelen vizsgálat előtt kezelte vagy vizsgálta a biztosított személyt?	☐ Igen ☐ Nem
Rokoni kapcsolatban áll-e a biztosított személlyel?	☐ Igen ☐ Nem
Véleménye szerint várható-e belátható időn belül egészségi állapot romlás, mely a biztosíthatóságot kedvezőtlenül befolyásolja? Ha igen, kérjük, itt részletezze:	☐ Igen ☐ Nem
.....	
.....	

Kelt:

Vizsgáló orvos aláírása

A vizsgálati jelentést a vizsgáló orvos ajánlott levélben küldje el a Magyar Posta Életbiztosító Zrt. részére az 1535 Budapest, Pf. 952 címre. Az orvos a vizsgálat során nyert információit a vizsgált személlyel megoszthatja, de kérjük, hogy a kockázat-elbírálási szempontokról és annak várható eredményéről az Ügyfelet ne tájékoztassa!

PostaÉletŐr Megbízási Szerződés

-Orvos példánya-

Mely létrejött egyrészről a **Magyar Posta Életbiztosító Zrt.** (Cím: 1535 Budapest, Pf. 952 / 1022 Budapest, Bég u. 3-5., / Cg.01-10-044750, képviselik: Pandurics Anett, Kenesei János) mint Megbízó (a továbbiakban: Megbízó) valamint,

.....(Cím:.....,Cg.:.....)

képviselik.....) mint Megbízott (a továbbiakban: Megbízott)

között, alulírott napon és helyen az alábbi tartalommal:

1. A szerződés tárgya

- 1.1. Megbízott a Megbízónak a tőle elvárható gondossággal az alábbiakat teljesíti:
 - 1.1.1. Ügyfél (Társbiztosított) neve, címe, kötvényszáma
- 1.2. Megbízó a Megbízott rendelkezésére bocsátja az orvosi vizsgálat elvégzéséhez szükséges nyomtatványokat. Ezen iratokat Megbízott a vizsgálat elvégzését követően Megbízónak visszaküldi, azokról másolatot nem készíthet. Megbízott a vizsgálat első részében az írásban feltett kérdések alapján kikérdezi a Társbiztosítottat, a Társbiztosított válasza alapján kitölti a kérdőívet, majd aláírja a Társbiztosítottal a kérdőívben szereplő nyilatkozatot. A vizsgálat második részében kerül sor a fizikális vizsgálatra, melynek eredményét a Megbízott a jelentésben rögzíti, és azt aláírásával hitelesíti. Az orvosi vizsgálati jelentést (B típusú vizsgálat esetén a külön vizsgálati leletekkel együtt) Megbízott a vizsgálat elvégzését követően Megbízónak visszaküldi, azokról másolatot nem készíthet.
- 1.3. Megbízott a vizsgálatot követő 3 napon belül, B típusú vizsgálat esetén a külön vizsgálati leletek megérkezését követően haladéktalanul köteles a vizsgálat eredményét tartalmazó nyomtatványt és annak mellékleteit Megbízónak ajánlott levélben megküldeni.
- 1.4. Megbízó az Orvosi vizsgálati jelentés (A) esetében 5 000 Ft, az Orvosi vizsgálati jelentés (B) esetében 9 000 Ft egyszeri megbízási díjat térít számla ellenében. A fizetési határidő a számla beérkezésével kezdődik.

2. A szerződés időtartama

A megbízás egyszeri alkalomra szól.

3. Díjazás

Megbízott tevékenységéért díjazásban részesül, melynek összege jelen Megbízási Szerződés 1.4. pontjában meghatározott bruttó forint összeg, mely tartalmazza a Megbízott vizsgálati tevékenységével kapcsolatos valamennyi költségét. Megbízó a megbízási díjat számla ellenében az orvosi vizsgálati nyomtatványok Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 10 munkanapon belül átutalja a Megbízott által alább megadott bankszámlaszámra.

Pénzintézet neve:

Bankszámlaszáma:

4. Titoktartás

Megbízó módszereire és eljárásaira vonatkozó bármely információ üzleti titoknak minősül. Megbízott kötelezettséget vállal arra, hogy az esetlegesen tudomására jutott biztosítási- illetve üzleti titkot időbeli korlátozás nélkül megtartja, azokat harmadik személy részére nem szolgáltathatja ki. A fenti kötelezettség megsértéséből eredő jogkövetkezmények, így a kártérítési felelősség is Megbízottat terhelik.

5. Egyéb rendelkezések

- 5.1. A szerződés módosítása vagy kiegészítése a szerződő felek által közös megegyezéssel, írásban lehetséges.
- 5.2. Jelen szerződésben nem szabályozott kérdésekben a magyar Polgári Törvénykönyv, valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX tv. (Bit) rendelkezései az irányadóak.
- 5.3. Megbízott hozzájárul, hogy az általa a Megbízónak végzett tevékenységet a Megbízó belső ellenőre, könyvvizsgálója illetve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete ellenőrizze, valamint vállalja, hogy bármely típusú felügyeleti ellenőrzés esetén az ellenőrzést végző rendelkezésére bocsátja a Megbízónak végzett tevékenységével kapcsolatos dokumentumokat, információkat.
- 5.4. Megbízó bármikor azonnali hatállyal felmondhatja a szerződést, így különösen, ha Megbízott felszólítás ellenére tevékenységét továbbra is jogszabálysértő, illetve ismételten, vagy súlyosan szerződésszegő módon végzi.
- 5.5. Megbízott tudomásul veszi, hogy a jelen megbízás tekintetében Megbízót megilleti az irányítási és ellenőrzési jog.
- 5.6. Jelen szerződés két példányban készült, amelyből minden szerződő fél egy-egy példányt kap.

Kelt:



.....
Pandurics Anett
Magyar Posta Életbiztosító Zrt.

.....
Kenesei János

.....
Megbízott

PostaÉletŐr Megbízási Szerződés

-Biztosító példánya-

Mely létrejött egyrészről a **Magyar Posta Életbiztosító Zrt.** (Cím: 1535 Budapest, Pf. 952 / 1022 Budapest, Bég u. 3-5., / Cg.01-10-044750, képviselik: Pandurics Anett, Kenesei János) mint Megbízó (a továbbiakban: Megbízó) valamint,

.....(Cím:.....,Cg.:.....)

képviselik.....) mint Megbízott (a továbbiakban: Megbízott)

között, alulírott napon és helyen az alábbi tartalommal:

1. A szerződés tárgya

- 1.1. Megbízott a Megbízónak a tőle elvárható gondossággal az alábbiakat teljesíti:
 - 1.1.1. Ügyfél (Társbiztosított) neve, címe, kötvényszáma
- 1.2. Megbízó a Megbízott rendelkezésére bocsátja az orvosi vizsgálat elvégzéséhez szükséges nyomtatványokat. Ezen iratokat Megbízott a vizsgálat elvégzését követően Megbízónak visszaküldi, azokról másolatot nem készíthet. Megbízott a vizsgálat első részében az írásban feltett kérdések alapján kikérdezi a Társbiztosítottat, a Társbiztosított válasza alapján kitölti a kérdőívet, majd aláírja a Társbiztosítottal a kérdőívben szereplő nyilatkozatot. A vizsgálat második részében kerül sor a fizikális vizsgálatra, melynek eredményét a Megbízott a jelentésben rögzíti, és azt aláírásával hitelesíti. Az orvosi vizsgálati jelentést (B típusú vizsgálat esetén a külön vizsgálati leletekkel együtt) Megbízott a vizsgálat elvégzését követően Megbízónak visszaküldi, azokról másolatot nem készíthet.
- 1.3. Megbízott a vizsgálatot követő 3 napon belül, B típusú vizsgálat esetén a külön vizsgálati leletek megérkezését követően haladéktalanul köteles a vizsgálat eredményét tartalmazó nyomtatványt és annak mellékleteit Megbízónak ajánlott levélben megküldeni.
- 1.4. Megbízó az Orvosi vizsgálati jelentés (A) esetében 5 000 Ft, az Orvosi vizsgálati jelentés (B) esetében 9 000 Ft egyszeri megbízási díjat térít számla ellenében. A fizetési határidő a számla beérkezésével kezdődik.

2. A szerződés időtartama

A megbízás egyszeri alkalomra szól.

3. Díjazás

Megbízott tevékenységéért díjazásban részesül, melynek összege jelen Megbízási Szerződés 1.4. pontjában meghatározott bruttó forint összeg, mely tartalmazza a Megbízott vizsgálati tevékenységével kapcsolatos valamennyi költségét. Megbízó a megbízási díjat számla ellenében az orvosi vizsgálati nyomtatványok Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított 10 munkanapon belül átutalja a Megbízott által alább megadott bankszámlaszámra.

Pénzintézet neve:

Bankszámlaszáma:

4. Titoktartás

Megbízó módszereire és eljárásaira vonatkozó bármely információ üzleti titoknak minősül. Megbízott kötelezettséget vállal arra, hogy az esetlegesen tudomására jutott biztosítási- illetve üzleti titkot időbeli korlátozás nélkül megtartja, azokat harmadik személy részére nem szolgáltathatja ki. A fenti kötelezettség megsértéséből eredő jogkövetkezmények, így a kártérítési felelősség is Megbízottat terhelik.

5. Egyéb rendelkezések

- 5.1. A szerződés módosítása vagy kiegészítése a szerződő felek által közös megegyezéssel, írásban lehetséges.
- 5.2. Jelen szerződésben nem szabályozott kérdésekben a magyar Polgári Törvénykönyv, valamint a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX tv. (Bit) rendelkezései az irányadóak.
- 5.3. Megbízott hozzájárul, hogy az általa a Megbízónak végzett tevékenységet a Megbízó belső ellenőre, könyvvizsgálója illetve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete ellenőrizze, valamint vállalja, hogy bármely típusú felügyeleti ellenőrzés esetén az ellenőrzést végző rendelkezésére bocsátja a Megbízónak végzett tevékenységével kapcsolatos dokumentumokat, információkat.
- 5.4. Megbízó bármikor azonnali hatállyal felmondhatja a szerződést, így különösen, ha Megbízott felszólítás ellenére tevékenységét továbbra is jogszabálysértő, illetve ismételten, vagy súlyosan szerződésszegő módon végzi.
- 5.5. Megbízott tudomásul veszi, hogy a jelen megbízás tekintetében Megbízót megilleti az irányítási és ellenőrzési jog.
- 5.6. Jelen szerződés két példányban készült, amelyből minden szerződő fél egy-egy példányt kap.

Kelt:



.....
Pandurics Anett
Magyar Posta Életbiztosító Zrt.

.....
Kenesei János

.....
Megbízott