UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

Igénylőlap szolgáltatáshoz

Erste Védelem Balesetbiztosítás biztosítottjai részére

Módozat neve: Erste Védelem Balesetbiztosítás csoportos balesetbiztosítás

Kérjük, nyomtatott betűvel töltse ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Kérjük, szíveskedjen a mellékleteket hiánytalanul csatolni és az igénybejelentés mezőit teljes körűen kitölteni, annak érdekében, hogy társaságunk intézkedni tudjon a szolgáltatás nyújtásáról.

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Erste Bank Hungary Zrt.** Székhely: **1138 Budapest, Népfürdő u. 24-26.**
Adószám: 10197879-4-44 Cégjegyzékszám: 01-10-041054

Főbiztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap _____
biztosított aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (1) Azonos a biztosítottal ☐

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _ _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ _____
(IBAN-kód) (3x8 számjegy) SWIFT-kód

Amennyiben nem rendelkezik Forint fogadására alkalmas bankszámlával, kérjük mellékelni a „Nyilatkozat HUF kifizetés deviza számlára történő teljesítéséhez", amelyet a Biztosító www.union.hu/dokumentumok oldaláról tud letölteni.

Számlatulajdonos neve: _____

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozatot bankszámla használatához" dokumentumot!

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap _____
jogosult (1) aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (2)

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _ _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ _____
(IBAN-kód) (3x8 számjegy) SWIFT-kód

Amennyiben nem rendelkezik Forint fogadására alkalmas bankszámlával, kérjük mellékelni a „Nyilatkozat HUF kifizetés deviza számlára történő teljesítéséhez", amelyet a Biztosító www.union.hu/dokumentumok oldaláról tud letölteni.

Számlatulajdonos neve: _____

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozatot bankszámla használatához" dokumentumot!

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap _____
jogosult (2) aláírása

Milyen szolgáltatási igényt kíván bejelenteni?

Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, kérjük benyújtani az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolatát (ha a szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre állt), továbbá az ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolatát. **„Családi" biztosítási csomag esetén amennyiben nem a Főbiztosított az érintett, akkor a bejelentéshez mellékelni kell olyan dokumentum másolatát, amely igazolja, hogy az érintett személy a feltételek alapján Biztosítottnak minősül (pl. házastárs esetén házassági anyakönyvi kivonat, gyermek esetén születési anyakönyvi kivonat, bejegyzett élettársak esetén bejegyzett élettársi kapcsolat anyakönyvi kivonata, élettársak esetében közös lakcímre szóló lakcímkártyák másolata).**

A biztosítási szerződésben megnevezett kockázatok figyelembe vételével kérjük X-el jelölje az igényelt szolgáltatás típust!	**Benyújtandó dokumentumok, amelyek a szolgáltatási igénnyel összefüggenek:**
☐ baleseti csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés)	– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata – első akut ellátás orvosi iratainak másolatai – zárójelentés(ek) másolata(i) – az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i) – röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredményének másolata
☐ baleseti kórházi ápolás (5 naptól, egyösszegű térítés)	– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata – zárójelentés(ek) másolata(i) – kórházi igazolás(ok) másolata(i)
☐ baleseti maradandó egészségkárosodás (10-100%, arányos térítés)	– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata – a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata – a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcímigazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról készült másolat
☐ baleseti okú halál	– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata – az első akut ellátás orvosi iratainak másolata – utolsó kórházi ellátásról készült orvosi dokumentum másolata (halotti epikrízis) – halál utáni orvosi jelentés másolata

– halotti anyakönyvi kivonat másolata
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata
– a hatósági intézkedés során keletkezett iratok másolata
– ha a kedvezményezett az örökös, az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékátadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmányának mindkét oldaláról, lakcímigazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról készült másolat
– amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni az Azonosítási adatlap és a Tényleges tulajdonosi nyilatkozat c. nyomtatványokat, továbbá a meghatalmazást.

Biztosítási esemény leírása

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

_____

_____

_____

Jelenleg versenyszerűen sportol?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, illetve amennyiben a baleset sportolóként végzett sporttevékenységgel okozati összefüggésben következett be, kérjük, küldje be a sportolói igazolványának/ engedélyének másolatát.*

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát.*

Volt-e rendőri intézkedés?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, kérjük, küldje be a határozat másolatát.*

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, kérjük, küldje be az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez.*

Volt-e korábban a szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, adja meg mikor:* _____ év _____ hó ____ nap

1. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet a szolgáltatásra jogosulttól.
2. Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat postai úton (1380 Budapest, Pf.: 1076) vagy elektronikusan (szemelykar@union.hu) az UNION Biztosítóhoz a káreseményt követően mielőbb megküldeni szíveskedjen!
3. Kijelentem, hogy az e-mail címem megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a szolgáltatási igény elbírálása során velem a Biztosító elektronikusan, a megadott e-mail címen tartsa a kapcsolatot.

   Tudomásul veszem, hogy Elektronikus kapcsolattartás keretében a biztosító a a dokumentumokat elektronikus úton küldi meg az általam megadott, a biztosító rendszereiben rögzített email címre (a továbbiakban: regisztrált email cím). A biztosító a dokumentumokat titkosított formában küldi meg.
4. Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-től azok kezelésére vonatkozóan. Az általam a szerződőtől előzetesen átvett és megismert Adatkezelési tájékoztató a biztosító www.union.hu/adatvedelem weboldalán is elérhető. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, meglévő biztosítási szerződések módosítása és állományban tartása, valamint a szolgáltatási igény teljesítése. Tudomásom van arról, hogy a biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája a https://union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap

_____	_____	_____
biztosított aláírása	jogosult (1) aláírása*	jogosult (2) aláírása*

*biztosított halála esetén

Egészségi állapotra vonatkozó adatok kezeléséről szóló tájékoztatás

A biztosító az Európai Parlament és Tanács 2016/679. Általános adatvédelmi rendeletének 9. cikk (1) bekezdése szerint személyes adatok különleges egészségügyi adatok kategóriáit is kezeli. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli (a létre nem jött szerződésekhez kapcsolódó adatokat is), ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

Alulírott, a biztosító ügyfeleként az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

– a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja,

– azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosok, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák. A biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában felmentem a titoktartási kötelezettség alól az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap

_____	_____	_____
biztosított aláírása	jogosult (1) aláírása*	jogosult (2) aláírása*

*biztosított halála esetén