

- a Biztosító a társadalombiztosítási azonosító jeleket (TAJ szám) vagy adóazonosító jeleket, ezek hiányában valamely más numerikus azonosítót (pl. útlevélszámomat) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje;
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a Biztosítóhoz továbbítják. 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).

Megbetegedés vagy baleset helye:

Ország: _____ Város: _____

Megbetegedés vagy baleset ideje: _____ év _____ hónap _____ nap _____ óra _____ perc

Milyen betegség (panasz) tette szükségessé az orvosi ellátást? _____

Mikor észlelte először a tüneteket? _____

Mikor fordult orvoshoz? _____

Hányszor járt orvosnál? _____ Kórházi ellátás esetén a kórházban töltött éjszakák száma: _____

Orvoshoz / kórházba szállítás módja? ☐ mentőautó ☐ mentőhelikopter ☐ taxi ☐ egyéb: _____

Kezelték-e korábban ezzel a betegséggel? ☐ igen ☐ nem

Van-e meglévő krónikus betegsége? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét: _____

Van-e más biztosítónál olyan biztosítása – ide értve más bank által kibocsátott kártyához kapcsolódó utasbiztosítást is – amely alapján erre a betegségre / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet?

☐ igen ☐ nem Ha igen, akkor hol? _____

Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel fenti betegség / baleset kapcsán?

☐ igen ☐ nem

Az Assistance szolgáltatnak bejelentették-e az eseményt?

☐ igen ☐ nem Ha igen, mikor? _____

Az utazás tartama alatt rendelkezett Európai Egészségbiztosítási Kártyával?

☐ igen ☐ nem

A balesetet sportolás vagy fizikai munkavégzés közben szenvedte el?

☐ igen ☐ nem

Ha igen, a sporttevékenység vagy fizikai munkavégzés megnevezése: _____

Felmerült közvetlen költségek kiegyenlítése

☐ A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt

Személy / intézmény neve: _____

☐ Én fizettem ki a helyszínen

Közvetlen költségek összege: _____ Pénzneme: _____ Indoklás: _____

Külföldön felmerült egyéb költségek

Egyéb költségek összege: _____ Pénzneme: _____ Indoklás: _____

Az összeg kifizetésének módja

☐ Postán

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

Cím: _____ ir.szám _____ helység

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

☐ Banki átutalással forint fizetőeszközben ☐ Banki átutalással deviza fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek):

Bank neve: _____

Bankszámlaszám: - -

IBAN-kód (Deviza fizetőeszköz esetén): -

SWIFT-kód (Deviza fizetőeszköz esetén):

Amennyiben a kifizetést más részére kéri, a kedvezményezett adatait az 1. számú melléklet Kedvezményezett adatai pontjában adhatja meg.

Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Az általam előzetesen megismert Adatkezelési tájékoztató a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő szolgáltatási igények jogalapjának megítélése. Amennyiben Ön nem áll szerződéses kapcsolatban a Biztosítóval (egyéb érintett), akkor a szolgáltatási igényének elbírálása érdekében a személyes adatait jogos érdek alapján kezeli a Biztosító.

Kelt: _____, _____

Biztosított aláírása

A kárigény elbírálásához szükséges iratok

☐ befizetési bizonylat ☐ eredeti számla ☐ orvosi iratok ☐ eredeti jegyzőkönyv

☐ egyéb: _____

Mellékletek száma összesen: _____ db

Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított esetében

Alulírott (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek):

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú törvényes képviselője vagyok.

Kiskorú neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek):

Kedvezményezett

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek):

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Állampolgárság: ☐ magyar állampolgár ☐ külföldi állampolgár Kérjük, adja meg állampolgárságát! _____

Kelt: _____, _____

Biztosított / Törvényes képviselő aláírása

Főkétyabirtokos/számlatulajdonos adatai

Alulírott (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek):

Születéskori név (családi és utónév):

Születési hely: Születési dátum:

Anyja születéskori neve:

Állandó lakcím: ir.szám helység
közterület (út, utca, tér stb.) házszám emelet ajtó

Kelt:

Főkétyabirtokos/számlatulajdonos aláírása

Az alábbi nyilatkozatot csak akkor írja alá, ha a szerződési feltételek szerint csak a Főkétyabirtokos/számlatulajdonos családtagja lehet társkétya-birtokos biztosított vagy egyéb biztosított!

Alulírott kijelentem, hogy a Biztosított adatai pontban megjelölt személy családtagomnak minősül (élettársam vagy házastársam vagy vérszerinti, nevelt/örökbefogadott gyermekem).

Kelt:

Főkétyabirtokos/számlatulajdonos aláírása