

**Az ERSTE Bank Hungary Zrt. által vezetett
lakossági, forint bankszámlákhoz
kapcsolódó Csoportos Számlavédelem Trio
Biztosítási Szerződéshez**

Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki! X A megfelelő helyen így jelölje!

Szerződő adatai

Szerződő neve: ERSTE Bank Hungary Zrt.

Székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő utca 24-26.

Biztosított adatai

Biztosított neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye / ideje: _____

Állampolgársága: _____

Címe: _____

Telefonszáma: _____

A biztosított háziorvosának neve, címe, telefonszáma (munkanélküliségi kárbejelentés esetén nem kell kitölteni)

Igénybejelentő adatai

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye / ideje: _____

Címe: _____

Telefonszáma: _____

Biztosítási esemény

☐ balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség

☐ munkanélküliség

Keresőképtelenségi igény esetén kitöltendő

Keresőképtelenség első napja: ____ év ____ hó ____ nap

Keresőképtelenség oka: ☐ betegség ☐ baleset

Betegség miatti keresőképtelenség esetén:

Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állományban? ☐ igen ☐ nem

Amennyiben igen, pontosan mikortól meddig (dátum, év/hó/nap)? _____

Amennyiben kórházi kezelés is történt hol és ki kezelte Önt (Kórház neve és címe, a kezelő orvos neve)? _____

Baleset miatti keresőképtelenség esetén:

Baleset időpontja: ____ év ____ hó ____ nap Helye: _____

Írja le röviden, milyen körülmények között történt a baleset! _____

A baleset bekövetkezéséhez hozzájárult-e alkohol, kábító hatású, ill. toxikus szer fogyasztása?

☐ igen ☐ nem

Munkanélküliségi igény esetén kitöltendő

Mikor szűnt meg a munkaviszonya (a felmondólevélben megjelölt dátum, év/hó/nap): _____

Mikor vette át a felmondólevelet? (dátum, év/hó/nap): _____

Az Ön munkáltatójának pontos neve, címe, telefonszáma: _____

Milyen időtartamra szóló munkaviszonnyal rendelkezett?

☐ határozott ☐ határozatlan

Munkaviszonya próbaidő alatt szűnt meg?

☐ igen ☐ nem

A munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal rendelkezett-e? ☐ igen ☐ nem

Mikor regisztráltatta magát a munkaügyi központban? _____

Biztosítási események típusai és a szolgáltatás elbírálásához szükséges, benyújtandó iratok

Kérjük x- szel jelölni!

Benyújtandó iratok:

☐ keresőképtelenség

- „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” igazolás hiteles másolata (folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
- A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnózisának megnevezését és BNO kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás
Baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült) és / vagy rendőrségi / munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- Amennyiben kórházi ápolás is történt zárójelentés, ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata

☐ munkanélküliség

- az illetékes járási (fővárosi kerületi) hivatal foglalkoztatási osztálya (munkaügyi központ) által kiállított igazolás arról, hogy mikor regisztrálták Önt álláskeresőként
- A munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondó levél vagy közös megegyezés) másolata
- A megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
- „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő „A biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról” szóló igazolványának másolata
- Az álláskeresői járadék iránti kérelem és az erre vonatkozó megállapító (esetleg elutasító) határozat másolata

A fentiek felül - akár keresőképtelenségi, akár munkanélküliségi igényről van szó - mellékelni kell még az alábbi dokumentumokat:

- a csoportos beszédési megbízás és/vagy az állandó átutalási megbízás útján fizetett tárgyhavi számlákat
- az adott jogosultsági időpont és az azt követő zárlati időpont közötti időszakra vonatkozó bankszámlakivonat másolatát

1. Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a Biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.

2. 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 adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő igények elbírálása, biztosítási szolgáltatás teljesítése. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A Biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

3. Alulírott, *mint Biztosított a Biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatást követően önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy

- a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze, 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 orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a szolgáltatási igény

* Amennyiben a szolgáltatási igényt bejelentő személy nem azonos a biztosítóval, a 3. pontot nem kell kitölteni.

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).

4. Tudomásul veszem, hogy ha faxon vagy e-mailen a saját felelősségemre – a gyorsabb ügyintézés érdekében – az UNION Biztosítóhoz elküldöm az Igénybejelentésem, akkor az eredetét egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a Biztosító címére **1300 Budapest, Pf.161.**

5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el.

6. Tudomásul veszem, hogy az Erste Bank Hungary Zrt. (a továbbiakban: Szerződő) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő és a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges személyes adataimat és a bankszámla szerződésemmre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.

7. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – (személyes-, valamint bankszámla szerződésemmel kapcsolatos) adataimat beszerezze, nyilvántartsa, valamint a Szerződők részére átadja.

Kelt: _____, ____ év _____ hó ____ nap

Igénybejelentő/Biztosított aláírása