

**ERSTE Bank Hungary Zrt. által nyújtott,  
kamattámogatott Babaváró  
kölcsönszerződésekhez kapcsolódó  
csoportos hitelfedezeti biztosítás  
Szolgáltatási igénylőlap**

Kötvényszám:	Kárszám:
Díjjal fedezve (dátum):	
Utolsó díjfizetés dátuma:	
Biztosítás kezdete:	Módozat neve: UNION BABAVÁRÓ KÖLCSÖN PPI

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: \_\_\_\_\_

**Igénybejelentő adatai:**

Neve: \_\_\_\_\_  
Születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye / ideje: \_\_\_\_\_  
Címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

**A biztosítási szolgáltatásra jogosult adatai**

Jogosult neve: ERSTE Bank Hungary Zrt. (kivéve az alábbi esetet, ha alkalmazandó) Számlaszáma: 11600006-00000000-33222886

**Kérem, hogy keresőképtelenség vagy munkanélküliség esetén a kölcsöntörlesztés szüneteltetésének tartama alatt esedékessé váló havi szolgáltatásokat (a havi törlesztőrészletnek megfelelő összeg) a biztosító az alább megjelölt bankszámlaszámra utalja:**

Jogosult neve: \_\_\_\_\_ Számlaszáma: \_\_\_\_\_

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a kifizetésre jogosulttal kérjük az alábbi nyilatkozatot kitölteni:

Alulírott \_\_\_\_\_ (számlatulajdonos neve) hozzájárulok ahhoz, hogy az UNION Vienna Insurance Group Zrt. \_\_\_\_\_ (a szolgáltatási összegre jogosult neve) részére a biztosítási szerződése alapján járó szolgáltatási összeget ezen bankszámlaszámra elutalja.

\_\_\_\_\_  
Számlatulajdonos aláírása

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő/Biztosított aláírása

**Biztosítási esemény**

- haláleset  
 balesetből vagy betegségből eredő 79%-ot meghaladó mértékű össz-szervezeti egészségkárosodás  
 balesetből eredő, 51%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás  
 balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség  
 munkanélküliség

Haláleset időpontja: \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Baleset időpontja: \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Helye: \_\_\_\_\_

Rokkantságot megállapító határozat hatálya: \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Munkanélkülivé válás időpontja: \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

**Kölcsöntörlesztés szüneteltetésére vonatkozó adatok keresőképtelenségi / munkanélküliségi igény esetén**

A biztosítási esemény időpontjában\* és/vagy az azt követő legfeljebb 6 hónapos időtartam során a kölcsöntörlesztés szünetel(t)-e?

igen  nem

A kölcsöntörlesztés szüneteltetésének kezdete: \_\_\_\_\_

A kölcsöntörlesztés szüneteltetésének vége: \_\_\_\_\_

\* a biztosítási esemény időpontja:

keresőképtelenség esetén: a folyamatos keresőképtelenség 61. napja

munkanélküliség esetén: folyamatos álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napja

**Keresőképtelenségi igény esetén kitöltendő**

Átmeneti 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 munkaviszonnal rendelkezett?  határozott  határozatlanMunkaviszonya próbaidő alatt szűnt meg?  igen  nemA munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnal rendelkezett-e?  igen  nem

Mikor regisztráltatta magát a munkaügyi központban? \_\_\_\_\_

Munkaügyi központ neve, címe, telefonszáma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Biztosítási események típusai és a szolgáltatás elbírálásához szükséges, benyújtandó iratok***Kérjük x- szel jelölni!* halál**Benyújtandó iratok:**

- Halotti anyakönyvi kivonat és halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- A halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány, a biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok
- Halál utáni orvosi jelentés
- A külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása
- Hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró vagy megtámadó jogerős határozat, bírósági ítélet

 balesetből eredő, 51%-ot meghaladó mértékű marandó egészségkárosodás

- Orvosi igazolások, szakvélemények, kórházi zárójelentések, amelyek alapján a biztosítási esemény és a baleset körülményei és következményei egyértelműen megállapíthatóak
- Ha történt hatósági intézkedés, a rendőrségi határozat

 79%-ot meghaladó mértékű össz-szervezeti egészségkárosodás

- A komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye
- A rehabilitációs hatóságnak az ellátást megállapító határozata
- Az egészségkárosodáshoz vezető balesettel/betegséggel kapcsolatosan rendelkezésre álló valamennyi orvosi dokumentum (pl.: zárójelentések, leletek)

 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 kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás
- Amennyiben kórházi ápolás is történt zárójelentés, ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata

 munkanélküliség

- Munkaügyi Központ által kiállított igazolás arról, hogy mikor regisztrálták Önt álláskeresőként
- A munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről
- A munkáltató felmondó levelének másolata
- A megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
- „Igazolólap a munkanélküli 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

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 jogviszonyban 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 beszeresse, 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 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).

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**

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

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: Bank) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő és a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges személyes adataimat és a hitelszerződésemmre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.

7. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – (személyes-, valamint kölcsönszerződéssel kapcsolatos) adataimat beszerezi, nyilvántartja, valamint a Bank részére átadja.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
**Igénybejelentő/Biztosított aláírása**

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy keresőkép telenség vagy munkanélküliség esetén a Biztosító utólag, a havi kölcsön törlesztőrészlet esedékességét követő időpontban teljesíti szolgáltatását, ezért a Bank felé Önnek továbbra is határidőre kell megfizetnie a havi törlesztő részleteket, ellenkező esetben a Bank a késedelmes fizetés jogkövetkezményeit alkalmazhatja Önnel szemben. Jelen rendelkezés a kölcsöntörlesztés szüneteltetésének esetére nem vonatkozik.

A biztosítási feltételek értelmében a biztosító a keresőkép telenség vagy az álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napját követően esedékessé váló törlesztő részletek esetében is csak azt követően tud szolgáltatni, hogy Ön igazolta, hogy az adott részlet(ek) esedékességének időpontjában (i) keresőkép telenségi igény esetén keresőkép telen, illetőleg (ii) munkanélküliségi igény esetén nyilvántartott álláskereső volt.

**Biztosító orvosának szakvéleménye**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Biztosító orvosának aláírása