

**ERSTE Bank Hungary Zrt. által nyújtott,  
jelzálog alapú kölcsönszerződésekhöz  
kapcsolódó csoportos hitelfedezeti  
biztosítás**

**Szolgáltatási igénylőlap**

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

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

**Szerződő**

Szerződő neve: ERSTE Bank Hungary Zrt.  
Székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő utca 24-26.

**Biztosított / Együttbiztosított**

Biztosított / Együttbiztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye / ideje: \_\_\_\_\_  
Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
Azonosító okmány száma / típusa: \_\_\_\_\_  
Érvényessége (év/hó/nap): \_\_\_\_\_  
Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_  
Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_  
Címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_  
A biztosított háziorvosának neve, címe, telefonszáma: \_\_\_\_\_

**Igénybejelentő**

Születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye / ideje: \_\_\_\_\_  
Azonosító okmány száma / típusa: \_\_\_\_\_  
Címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

**A biztosítási összeg felvételére jogosult adatai**

Kedvezményezett adatai:  
Jogosult neve: ERSTE Bank Hungary Zrt. Számlaszáma: 11600006-00000000-14544390

**Biztosítási esemény**

**„A” biztosítási csomag**

- haláleset  
 balesetből vagy betegségből eredő 79%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás  
 balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség  
 munkanélküliség

**„B” biztosítási csomag**

- baleseti halál  
 baleseti rokkantság  
 balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség  
 munkanélküliség

**„C” biztosítási csomag**

- 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

**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)? \_\_\_\_\_  
Milyen hosszú ideig volt ekkor keresőképtelen? \_\_\_\_\_  
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 felmondólevelben 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  igen

folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal rendelkezett-e?  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:**

- Anyakönyvi kivonata
- 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

baleseti rokkantság

- Orvosi igazolások, 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 egészségkárosodás

- A komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye
- A rehabilitációs hatóságnak az ellátást megállapító határozata

átmeneti 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 (nyomatott 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 megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
- „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár „A biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról” szóló igazolványának másolata
- Az álláskeresési 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 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 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.**

5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatokat az UNION Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a vele szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célből egyéb viszontbiztosítók részére adja át.

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

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 hitelszerződésekre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.

7. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító – a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – (személyes-, valamint hitelszerződéssel kapcsolatos) adataimat beszerezza, nyilvántartsa, valamint a Bank részére átadja.

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

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

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy keresőkép telenség vagy munkanélküliség esetén a Biztosító utólag teljesít szolgáltatást (beleértve a keresőkép telenség vagy az álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napját követően esedékessé váló törlesztő részleteket is), 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.

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