



UNION- ERSTE Törlesztési Védelem Szolgáltatási igénylőlap

Kötvényszám:	Kárszám:
Díjal fedezve (dátum):	
Utolsó díjfizetés dátuma:	
Biztosítás kezdete:	Módozat neve: UNION- ERSTE PPI

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

Szerződő

Szerződő neve: ERSTE Bank 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.: _____

A biztosítási összeg felvételére jogosult adatai

Kedvezményezett adatai:

Jogosult neve: ERSTE Bank Zrt. Számlaszáma:

Biztosítási esemény

"A" biztosítási csomag

- halálozeset
 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

Halálozeset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap
 Baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap Helye: _____
 Rokkantságot megállapító határozat hatálya: _____ év _____ hó _____ nap
 Munkanélkülívé válás időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

Keresőképtelenségi igény esetén kitöltendő

Átmeneti keresőképtelenség első napja: _____ év _____ hó _____ nap
 Keresőképtelenség oka: betegség baleset
 Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állományban? igen nem
 Amennyiben igen, pontosan mikor (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)? _____

A kezelőorvos szerint milyen hosszú ideig lesz keresőképtelen? _____

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 igen
folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal rendelkezett-e? nem

Mikor regisztráltatta magát a munkaügyi központban? _____

Munkaügyi központ neve, címe, telefonszáma: _____

Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja

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 megtagadó jogerős határozat, bírói 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 társadalombiztosítás által kiadott rokkantsági határozat

átmeneti keresőképzetlenség

- „Orvosi igazolás a keresőképzetlen állományba vételről” igazolás másolata (folyamatos keresőképzetlenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
• A keresőképzetlenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosztikájának 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 megszünt 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

- 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.
- Tudomásul veszem, hogy ha faxon vagy e-mailen a saját felelősségemre - a gyorsabb ügyintézés érdekében - az UNION Biztosítóhoz elküldöm az Igénybejelentésemet, akkor az eredetit egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a Biztosító címére
- Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkok képező személyes egészségügyi adatokat a UNION Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból egyéb viszontbiztosítók részére adja át.
Hozzájárulok, hogy az Erste Bank 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
- Hozzájárulok, hogy a Biztosító - a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő - (személyes-, egészségi állapotom, valamint hitelszerződéssel kapcsolatos) adataimat beszerezze, nyilvántartsa, valamint Bank részére átadja.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

biztosító orvosának aláírása