

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – KERESŐKÉPTELENSÉG

Köszönjük, hogy Társaságunkat választotta! Bízunk abban, hogy segítségére tudunk lenni ezen nehéz helyzetben.

Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatót annak érdekében, hogy a kárigény benyújtása és elbírálása a lehető leghamarabb megtörténjen.

1. Kérjük, töltsse ki elektronikusan az alábbi igénybejelentő nyomtatványt. Amennyiben erre nincs lehetősége, nyomtatást követően kézzel is kitöltheti.
2. Kérjük, adja meg pontos címét és telefonszámát a gyorsabb kapcsolatfelvétel érdekében.
3. Kárigénye elbírálásához kérjük, csatolja az alábbiakban felsorolt dokumentumokat:

Minden esetben:

- Kitöltött és aláírt igénybejelentő nyomtatvány (következő oldal),
- "Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelelenségről" elnevezésű igazolás („táppénzes papír”) másolata
VAGY amennyiben az Ön munkáltatója TB kifizető hely, a munkahely hivatalos igazolása arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban,
- Balesetből eredő táppénz esetén ambuláns lap,
- Betegség esetén háziorvosi igazolás arról, hogy pontosan milyen diagnózis okán van Ön táppénzes állományban és mikor diagnosztizálták első alkalommal ezt a betegséget, valamint a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata

Az alábbi esetekben szükséges további dokumentumok:

- Kórházi ellátás esetén Kórházi zárójelentés másolat
- Rendőrségi intézkedés esetén Rendőrségi jegyzőkönyv másolata
- Munkahelyi baleset esetén Üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata

A fenti dokumentumok hiányában a kárigény elbírálását nem áll módunkban elvégezni, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.

4. Kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatvány utolsó oldalát lássa el saját kezű aláírással.
5. Kérjük, küldje el az elbíráláshoz szükséges dokumentumok másolatát postai úton a következő címre:

UNION Törlesztésvédelmi Kárrendezési csoport 1300 Budapest, Pf. 161.

Amennyiben kérdése van, kérjük, bizalommal keresse telefonos ügyfélszolgálatunkat: +36 1 501 23 72

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – KERESŐKÉPTELENSÉG

Biztosított teljes neve:

Születési név: Születési dátum: -

Születési hely: Állampolgárság:

Anyja neve: Szerződésszám (nem kötelező):

Amennyiben az ügyben a fent megjelölt biztosított helyett meghatalmazott jár el, a meghatalmazott adatait a következő oldalon kell megadni.

Állandó lakcím:

Település:

Irányítószám: Ország (ha nem Magyarország):

Mobiltelefonszám:

Egyéb telefonszám:

Postacím, amennyiben eltér az állandó lakcímtől:

Cím:

Település:

Irányítószám:

A káreseménnyel kapcsolatos információk

A keresőkép telenség oka: Betegség Baleset

A keresőkép telenség kezdeti dátuma: -

Kérjük, röviden írja le betegségét, vagy balesetét, amely a keresőkép telenséget okozta:

Baleset esetén rendőrségi intézkedés történt-e? Igen Nem

Munkahelyi baleset esetén készült-e jegyzőkönyv? Igen Nem

Szolgáltatás kifizetéséhez szükséges információk (ezt a rovatot NEM KELL KITÖLTENI abban az esetben, ha a biztosítási feltételek alapján a szolgáltatás nem a biztosított által megadott számlára teljesítendő pl. hitel törlesztőrészlete(k) / fennálló tartozás megfizetése a pénzügyi intézménynek)

Bankszámla szám: - -

A Biztosított a számla tulajdonosa Igen Nem

Amennyiben nem a Biztosított a számlatulajdonos, kérjük adja meg a számla tulajdonos adatait:

Név: Születési dátum:

Állandó lakcím: Állampolgárság:

Alulírott, jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljeseek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti.

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Biztosítottól a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelésre vonatkozó részletes Adatvédelmi tájékoztatót a biztosításra vonatkozó Általános és Különös biztosítási Feltételek elnevezésű dokumentum tartalmazza, vagy megtalálható a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon.

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. Tájékoztatjuk, hogy a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatások teljesítését. Hozzájárulásának visszavonása nem eredményezi adott esetben a biztosított jogviszonyának megszüntetését, és a kezelt egészségügyi adatok nem kerülnek törlésre, kivéve, ha az adatkezelésnek nincs más jogalapja.

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).

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 célból egyéb viszontbiztosítók részére átadja. A biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosultak megismerni mindazon személyek vagy szervezetek, akikkel szemben a biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége a 2014. LXXXVIII. törvény (Bit.) rendelkezései szerint nem áll fenn. Ezen szervezetek listáját az Adatkezelési tájékoztató 1. sz. Függelék tartalmazza.

Kelt:

Bejelentő aláírása

Tájékoztató és nyilatkozatok Meghatalmazott személyek részére

Amennyiben nem a Biztosított az igénybejelentő, akkor kérjük a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatoltan legyen szíves megküldeni meghatalmazását!

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Meghatalmazottról a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra.

Mint meghatalmazott, tudomásul veszem, hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. az igénybejelentőn és a meghatalmazásban megadott személyes adataimat a meghatalmazás teljesítéséhez szükséges mértékben és a szükséges ideig, a jogszabályok maradéktalan betartása mellett kezeli. A személyes adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz. Az Adatkezelési tájékoztató a www.union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el.

Név:

Mobiletelefonszám:

Levelezési cím:

Kelt:

Meghatalmazott aláírása

Kérjük, hogy a kitöltött és aláírt igénybejelentőt, vagy másolatát, illetve az alábbi, felsorolt dokumentumok másolatait postai úton juttassa el az alábbi címre:

UNION Törlesztésvédelmi kárrendezési csoport 1300 Budapest, Pf. 161.

Kárelbíráláshoz szükséges dokumentumok:

- „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű igazolás („táppénzes papír”) másolata, vagy a munkahely hivatalos igazolása (TB kifizető hely esetén), arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban
- Balesetből eredő táppénz esetén ambuláns lap,
- Betegség esetén háziorvosi igazolás arról, hogy pontosan milyen diagnózis okán van Ön táppénzes állományban és mikor diagnosztizálták első alkalommal azt a betegséget, valamint a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata
- Kórházi ellátás, rendőrségi intézkedés vagy munkahelyi baleset esetén az első oldalon megjelölt dokumentum

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben nem az összes, elbíráláshoz szükséges dokumentumot küldi el, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.