

**Szolgáltatási igénybejelentő
"ERSTE Prémium" Baleseti
Védelem csoportos
személybiztosításhoz**



Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy a szolgáltatási igénybejelentő pontos kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

Köszönettel:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (levelezési cím: 1380 Budapest, Pf. 1076, telefonszám: +36 1 486 4343)

Szerződő adatai:

Szerződő neve: Erste Bank Hungary Zrt.

Székhelye: 1138 Budapest, Népfürdő utca 24-26.

Főbiztosított adatai¹

Neve: Születési ideje: Telefon/Fax: 06/

Állandó lakcíme: Lakcímkártya kiállítási dátuma:

Foglalkozása:

Biztosított adatai (akire a szolgáltatási igény vonatkozik)²

megegyezik a Főbiztosítottal

Neve: Születési ideje: Telefon/Fax: 06/

Állandó lakcíme: Lakcímkártya kiállítási dátuma:

Igénybejelentő adatai³

megegyezik a Főbiztosítottal

megegyezik a Biztosítottal

Neve: Születési ideje: Telefon/Fax: 06/

Címe:

Fedezet típusa (kérjük jelölje meg, melyik csomaggal rendelkezik!):

EBV 5 egyéni csomag

EBV 10 egyéni csomag

EBV 5 családi csomag

EBV 10 családi csomag

Kedvezményezettek adatai: Kérjük, a kedvezményezetti nyilatkozat kitöltését! Kedvezményezettenként kitöltendő dokumentum!

(1) Neve: Születési ideje: Részarány: %

Címe:

(2) Neve: Születési ideje: Részarány: %

Címe:

(3) Neve: Születési ideje: Részarány: %

Címe:

Kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes kedvezményezett törvényes képviselőjének (szülő, gyám, gondnok) adatai:

Neve: Születési ideje: Telefon/Fax: 06/

Címe:

Biztosítási esemény időpontja:

Halál időpontja (nem baleseti halál esetén):

Baleset időpontja (balesetei eredetű események esetén):

Baleset esetén töltendő ki:

Baleset helyszíne:

Hogyan történt a baleset, milyen sérülés érte? (a baleset részletes leírása)

A jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően baleset vagy betegség következtében sérült volt-e? Igen/Nem

A hatósági intézkedést végezte:

A véralkohol vizsgálatot végezte:

A megbetegedés kezdete: Az utolsó kezelőorvos neve:

Címe: Telefon: 06/

Utolsó kórházi kezelés ideje: Kórház:

A hatósági intézkedést végezte:

A szolgáltatási igény elbírálásához szükséges dokumentumok:

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el!

Amennyiben a Főbiztosított és a Biztosított személye eltér, a Főbiztosított és a Biztosított lakcímkártya másolata nélkül a szolgáltatási igényt nem áll módunkban elbírálni!

¹ Kötelezően kitöltendő!

² Kitöltendő, ha személye nem egyezik meg a Főbiztosítottal.

³ Kitöltendő, ha személye nem egyezik meg a Főbiztosítottal, illetve a Biztosítottal.

Benyújtandó iratok:	
<input type="checkbox"/> Ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordításának eredeti példánya <input type="checkbox"/> Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról <input type="checkbox"/> A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány feltéve, hogy a Kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg <input type="checkbox"/> Kiskorú- és gondnokolt kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata, a gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata <input type="checkbox"/> Kedvezményezett azonosító adatait tartalmazó, teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt nyilatkozata <input type="checkbox"/> Családi csomag esetében, amennyiben a biztosítási esemény Egyéb Biztosítottra nézve következik be a laccímkartán feltüntetett állandó laccím tartalmazó, teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt nyilatkozat, hogy: <ul style="list-style-type: none"> • az Egyéb Biztosítottal házastársi, bejegyzett élettársi vagy élettársi kapcsolat fennáll és/vagy • hogy az Egyéb Biztosított a Főbiztosított, Főbiztosított házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa legfeljebb 18 éves életkorú gyermeke, aki fölött a Főbiztosított és házastársa, bejegyzett élettársa, illetve élettársa akár külön-külön vagy együttesen törvényes képviselőt gyakorol. <input type="checkbox"/> A biztosítási eseménnyel kapcsolatos teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg ellátási) lap, röntgen lelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontroll eredmények eredeti példánya	
Baleset esetén	Halál, baleseti halál esetén:
<input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata; <input type="checkbox"/> Munkahelyi baleset esetén a munkabaleseti jegyzőkönyv) <input type="checkbox"/> Ha készült: véralkohol vizsgálati eredmény <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata <input type="checkbox"/> A balesethez kapcsolódó orvosi ellátás dokumentumai	<input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány másolata <input type="checkbox"/> Boncjegyzőkönyv fénymásolata <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata <input type="checkbox"/> Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés <input type="checkbox"/> Halált okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázáshoz szükséges iratok
Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén:	Balesetből eredő műtéti térítés esetén:
<input type="checkbox"/> Szakértői/szakhatósági orvosi bizottság egészségkárosodást megállapító szakvéleménye, amennyiben az rendelkezésére áll <input type="checkbox"/> Megváltozott munkaképességű személyek ellátására vonatkozó határozat <input type="checkbox"/> Teljes orvosi dokumentáció	<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés <input type="checkbox"/> Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO kódja. <input type="checkbox"/> Műtéti leírás másolata
Csonttörés esetén:	Baleseti kórházi ápolás esetén:
<input type="checkbox"/> Az első ellátásról készült eredeti ambuláns lelet <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés <input type="checkbox"/> A törést igazoló röntgenfelvétel lelete.	<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés <input type="checkbox"/> Kórházi, orvosi dokumentum, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás pontos leírását, okát, előzményeit, időpontját, időtartamát
Nyilatkozat	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. Alulírott, _____, mint biztosított⁴ 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 eljárnak, a szolgáltatási igény 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).</p> <p>5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségügyi adatokat a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból egyéb viszontbiztosítók részére adja át.</p> <p>6. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom. Tudomásul veszem, hogy a biztosító a veszélyközösség érdekeinek megóvása céljából a szerződésben vállalt szolgáltatások megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából - megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében.</p>	

Kelt: _____

_____ biztosított / szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

Tanú 1:
Név: _____
Cím: _____
Aláírás: _____

Tanú 2:
Név: _____
Cím: _____
Aláírás: _____

⁴ Amennyiben a szolgáltatási igényt bejelentő személye nem azonos a biztosítottal, a 4. pontot nem kell kitölteni

KEDVEZMÉNYEZETTI NYILATKOZAT

Felhívjuk figyelmét, hogy a (*),(**)-gal jelölt kötelező mellékletek és a teljes kitöltés hiányában Társaságunk a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvény alapján köteles megtagadni a szolgáltatást!

Alulírott, _____ (NÉV)

születési családi és utónév: _____

születési hely, idő: _____

lakcím: _____

anyja születési neve: _____

állampolgársága: _____

személyazonosító ig.szám(*): _____

lakcímgazolvány száma(*): _____

adóazonosító: _____

Kiemelt közszereplőnek minősülök: igen(**) nem

az IG000001 / EB000006 kötvényszámú „ERSTE Prémium” Baleseti Védelem baleseti kiegészítő fedezetekkel rendelkező csoportos személybiztosítás biztosítottja / kedvezményezettje büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fentiekben megadott adataim a valóságnak megfelelnek, saját nevemben járok el.

Kérem, a részemre járó biztosítási szolgáltatás összegét a következő bankszámlaszámra teljesítsék:

Pénzintézet neve: _____

Számlaszám: _____

Adóügyi illetőség-nyilatkozat Kitöltése kötelező!

Kijelentem, hogy az Adóügyi illetőségről szóló (EU) – www.union.hu oldalon elérhető – részletes írásbeli tájékoztatást megismertem, és az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy adóügyi szempontból a következő ország(ok)ban vagyok illetékes¹:

Magyarország EU (kérjük, adja meg az országot):

Egyéb (kérjük, adja meg az országot):

„EU” válasz esetén, kérjük, adja meg az EU illetőségű adószámát:

Kelt, _____

Aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.aláírás: _____ 2.aláírás: _____

név: _____ név: _____

lakcím: _____ lakcím: _____

A 3 600 000 forintot meghaladó kifizetés esetén a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 6. § (1) bek. b) pontja alapján a banki tanácsadó ellenjegyzése is szükséges!

Alulírott, _____, az Erste Bank Hungary Zrt. tanácsadója igazolom, hogy fent nevezett ügyfél személyazonosságáról meggyőződtem:

Dátum: _____

(aláírás)

(*) A személyazonosító igazolvány és a lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldala másolatának csatolása kötelező!

() Igen válasz esetén szükséges a www.union.hu honlapról letölthető „Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó nyilatkozat” elnevezésű nyomtatvány kitöltése és csatolása is!**

Tájékoztató Adóügyi illetőség-nyilatkozathoz

¹ Az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 31. § (2) 25b pontja szerint életbiztosítási szerződés alapján történő kifizetéshez a kifizetés jogosultjának nyilatkozni kell arról, hogy az Európai Unió valamely tagállamának adóügyi illetőségével rendelkezik-e.

Belföldi adóügyi illetőségű:

- a magyar állampolgár vagy más államnak is állampolgára és kizárólag belföldön állandó lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkezik
- az a magánszemély, aki az adott naptári évben legalább 183 napig Magyarország területén tartózkodik (ki- és a beutazás napját is egész napnak kell tekinteni)
- a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló törvény hatálya alá tartozó letelepedett jogállású illetve hontalan személy

Az a magánszemély, aki nem sorolható az előző pontokba, akkor minősül belföldinek:

- ha kizárólag belföldön van állandó lakóhelye vagy
- ha egyáltalán nem vagy nem csak belföldön rendelkezik állandó lakóhellyel, akkor ha létérdeki központja (az az állam, amelyhez a magánszemélyt a legszorosabb személye, családi és gazdasági kapcsolat fűzik) belföld vagy
- ha egyáltalán nem vagy nem csak belföldön rendelkezik állandó lakóhellyel, és létérdeki központja sem állapítható meg akkor, ha szokásos tartózkodási helye belföldön található

Külföldi adóügyi illetőségű:

- belföldi adóügyi illetőségűnek nem minősülő magánszemély
- letelepedett jogállású, illetve hontalan személynek nem tekinthető olyan harmadik országbeli (nem EU-s) állampolgár, aki 90 napot meghaladóan, de kevesebb, mint 183 napot tartózkodik Magyarország területén, és akinek beutazásához és tartózkodásához magyarországi befektetései tekintetével nemzetgazdasági érdek fűződik, és erre tekintettel egyéb célból tartózkodási engedélyt kapott.

EU más tagállamában illetőséggel rendelkező személy:

Aki külföldi illetőségű és illetősége a következő országok valamelyikében van: Ausztria, Belgium, Bulgária, Ciprus, Cseh Köztársaság, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia

Harmadik országbeli adóügyi illetőségű:

- az olyan külföldi magánszemély, aki illetőségét meghatározó országa nem tartozik az Európai Unió tagállamai közé.

Kitöltési útmutató

1. A szolgáltatásra a biztosított (sérült) jogosult, ha a szolgáltatás a biztosított életében válik esedékessé. Tehát maga a kedvezményezett az a személy, akivel a káresemény történt,
2. Haláleset esetén, amennyiben a főbiztosított hunyt el, és a haláleset bekövetkeztéig a Bankhoz eljuttatott írásbeli nyilatkozattal kedvezményezettet jelölt meg, a szolgáltatásra a kedvezményezett jogosult. Amennyiben kedvezményezett jelölésre nem került sor, úgy a halál esetén járó szolgáltatási összeg a főbiztosított örökösét/örököszeit illeti meg. Egyéb biztosított halála esetén a haláleseti szolgáltatási összeg az egyéb biztosított örökösét illeti meg.
3. Amennyiben a kedvezményezett kiskorú, a nyilatkozaton a kiskorú adatait kell megadni és a törvényes képviselők által a következők szerint aláírni:
 - Amennyiben a szülők együtt gyakorolják a szülői felügyeleti jogot, akkor a nyilatkozat csak úgy érvényes, ha azt mindkét szülő aláírta.
 - Amennyiben a szülői felügyeleti jogot együtt gyakoroló szülők közül csak az egyik szülő tud eljárni, akkor szükséges a másik szülőtől származó, adott ügyre vonatkozó két tanú aláírásával is ellátott meghatalmazás csatolása is,
 - Ha bármilyen oknál fogva csak az egyik szülő gyakorol a gyermek felett szülői felügyeletet, akkor ezt igazolni kell az erre vonatkozó hivatalos irat másolatával.

A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) Korm. rend. 26/B.§. (3) bekezdése kimondja, hogy a kiskorú gyámhatóságnak át nem adott vagyonáról való rendelkezést érintő szülői jognyilatkozathoz (Ptk. 2:15.§. (1) bekezdés e) pontja) abban az esetben szükséges a gyámhivatal jóváhagyása, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja az öregségi nyugdíj mindkori legkisebb összegének tízszeresét. A szülő nyilatkozata, amelyben arról nyilatkozik, hogy a teljesítést milyen számlaszámra kéri, Társaságunk álláspontja szerint a Ptk. 2:15.§. (1) bekezdés e) pontjában, illetve a 149/1997. (IX.10.) Korm. rend. 26/B.§. (3) bekezdésében részletezett rendelkezési jog gyakorlásának minősül, melyhez az előzők szerint gyámhatósági jóváhagyás is szükséges.