

ERSTE Hitelkártya/ Hitelkártya Komplex Védelem
Szolgáltatási igénylőlap

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

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

Tájékoztattuk, hogy az adatkezelés az Ön önkéntes hozzájárulásán alapul. *

Szerződő

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

Biztosított / Igénybejelentő

Biztosított neve: _____	Igénybejelentő neve: _____
Születési neve: _____	Születési neve: _____
Anyja neve: _____	Anyja neve: _____
Születési helye / ideje: _____	Születési helye / ideje: _____
Azonosító okmány száma / típusa: _____	Azonosító okmány száma / típusa: _____
Címe: _____	Címe: _____
Telefonszáma: _____	Telefonszáma: _____

A biztosított háziorvosának neve, címe, telefonszáma.: _____

A biztosítási összeg felvételére jogosult adatai

Kedvezményezett adatai: ERSTE Bank Hungary Zrt.

Biztosítási esemény

- halálestet
 70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás, vagy 70%-ot meghaladó mértékű össz-szervezeti egészségkárosodás (Hitelkártya Komplex termék)
 balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű, vagy balesetből eredő 30%-ot meghaladó mértékű (Hitelkártya Komplex termék) maradandó egészségkárosodás
 balesetből eredő kórházi ellátás
 balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség
 munkanélküliség

Halálestet időpontja: _____ év _____ hó _____ nap
 A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) egészségkárosodást megállapító szakvéleménye kiállításának dátuma /
 Össz-szervezeti egészségkárosodást megállapító komplex minősítés hatályba lépésének napja: _____ év _____ hó _____ nap

A magyar társadalombiztosítási szerv rokkantsági ellátást megállapító /
 A rehabilitációs hatóság ellátást megállapító jogerős határozatának dátuma: _____ év _____ hó _____ nap

Balesetből eredő 50%-ot meghaladó mértékű, vagy 30%-ot meghaladó mértékű (Hitelkártya Komplex termék) maradandó egészségkárosodás esetén a baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap Helye: _____

Balesetből eredő kórházi ellátás: _____-től _____-ig

Keresőképtelenségi igény esetén kitöltendő

Átmeneti keresőképtelenség első napja: _____ év _____ hó _____ nap
 Keresőképtelenség oka: betegség baleset
Betegség miatti keresőképtelenség esetén: igen nem
 Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állományban?
 Amennyiben igen, pontosan mikortól meddig (dátum, év/hó/nap)? _____
 Amennyiben kórházi kezelés is történt a korábbi keresőképtelensége alatt hol és ki kezelte Önt (Kórház neve és címe, a kezelő orvos neve)? _____

Baleset miatti keresőképtelenség esetén:

Baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap Helye: _____
 Kérjük 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

Munkaviszony megszűnésének időpontja (a felmondólevélben/közös megegyezésben megjelölt dátum): _____ év _____ hó _____ nap

Mikor vette át a felmondólevelet/közös megegyezést? (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 folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal 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

balesetből eredő maradandó egészségkárosodás

baleseti kórházi ellátás

70%-ot meghaladó mértékű végleges egészségkárosodás / össz-szervezeti egészségkárosodás (Hitelkártya Komplex termék)

átmeneti keresőképtelenség

munkanélküliség

Benyújtandó iratok:

- halotti anyakönyvi kivonat és halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- hitelesített háziorvosi kórelőzmény
- a biztosított halálát okozó betegséggel kapcsolatosan rendelkezésre álló valamennyi orvosi dokumentum (pl. leletek, kórházi zárójelentések, háziorvosi katon másolata)
- a külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása
- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- boncolási jegyzőkönyv másolata (ha készült)

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

- orvosi igazolások, kórházi zárójelentések, amelyek alapján a biztosítási esemény és a baleset körülményei és következményei egyértelműen megállapíthatóak
- vállalkozók vagy öngfoglalkoztatók esetén a vállalkozói vagy öngfoglalkoztatói jogviszonyt igazoló dokumentum, okirat (Hitelkártya Komplex termék)
- saját jogon nyugellátásban részesülők esetén a nyugdíjfelváltó által kiállított határozat a nyugdíj megállapításáról (Hitelkártya Komplex termék)
- rendőrségi vagy baleseti jegyzőkönyv (ha készült)

- a társadalombiztosítási szerv rokkantsági ellátást / a rehabilitációs hatóság ellátást megállapító jogerős határozata
- az egészségkárosodáshoz vezető balesettel/betegséggel kapcsolatosan rendelkezésre álló valamennyi orvosi dokumentum (pl. leletek, kórházi zárójelentések, háziorvosi katon másolata)
- az orvosakértői intézet egészségkárosodást megállapító szakvéleménye / komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye

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

- Munkügyi központ által kiállított igazolás arról, hogy mikor regisztrálták Önt álláskeresőként
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata (felmondólevél, közös megegyezés)
- a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszereződés másolata
- „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomatvány másolata
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár „A biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló” igazolványának másolata
- az álláskeresési járadék iránti kérelem és az erre vonatkozó megállapít (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 kötelezettség alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.
2. Tudomásul veszem, hogy ha a gyorsabb ügyintézés érdekében faxon vagy e-mailen a saját felelősségemre elküldöm Igénybejelentésemet, akkor az eredetit egy napon belül postai úton is továbbítanom kell az **1300 Budapest, Pf.: 161.** címre.
3. Hozzájárulok, hogy a Biztosító - a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő - személyes adataimat beszerezze, nyilvántartsa.
4. Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és orvos-szakértői az egészségi állapotra vonatkozó adataimat, mint különleges adatokat a kárrendezési eljáráshoz illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és időtartamig kezeljék, feldolgozzák a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.
5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatokat a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a vele szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint a viszontbiztosító részére átadja.
6. Tájékoztattuk, hogy az Ön kérelmére a Biztosító tájékoztatást ad a személyes adatai kezeléséről, kérheti azok helyesbítését, törlését vagy zárolását, megilleti a tiltakozás, illetve a bírósági jogérvényesítési joga, valamint a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C) vizsgálatát is kezdeményezheti.

Igénybejelentő/Biztosított aláírása

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő/Biztosított aláírása

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy keresőképtelenség vagy munkanélküliség esetén a Biztosító utólag teljesít szolgáltatást (beleértve a keresőképtelenség vagy az álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napját követően esedékessé váló törlesztő részleteket is), ezért a Bank felé Önnel továbbra is határidőre kell megfizetnie a fennálló tartozását, ellenkező esetben a Bank a késedelmes fizetés jogkövetkezményeit alkalmazhatja Önnel szemben.

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Biztosító orvosának aláírása