

**ERSTE Folyószámlahitel Törlesztési Védelem
Szolgáltatási igénylőlap**

Kötvényszám:	Kárszám:
Díjal fedezve (dátum):	
Utolsó díjfizetés dátuma:	
Biztosítás kezdete:	Módozat neve: UNION OD PFI

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

- halálest
 balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség
 munkanélküliség

Halálest 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)? _____

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 igen nem

folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal rendelkezett-e?

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:

- a halált okozó betegség, sérülés kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
- hitelesített háziorvosi kórelőzmény
- a halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- boncolási jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- a külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása
- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült), illetve eljárást lezáró határozat másolata (ha készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítása.

átmeneti keresőképtelenség

- „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” igazolás hiteles másolata
- Az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata (folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
- A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosztizálás megnevezését és BNO kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás
- Amennyiben kórházi ápolás is történt, zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata
- Rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült), illetve eljárást lezáró határozat másolata (ha készült),

munkanélküliség

- a munkáltató által kitöltött „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata (felmondólevél, közös megegyezés)
- a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
- „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár „A biztosítási jogviszonyról és egészségügyi ellátásokról szóló” igazolványának másolata
- az álláskeresői 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 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 Igénybejelentésem, akkor az eredetét egy napon belül postai úton is továbbítanom kell az **1300 Budapest, Pf.: 161.** címre.

3. 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 tartalmazza.

**4. 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 eljárnak, 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).

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 átadják.

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.

7. Tudomásul veszem, hogy az Erste Bank Hungary Nyrt. (a továbbiakban: Bank) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő és a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges személyes adataimat és a hitelszerződésemmre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.

8. Tudomásom van arról, hogy kérelmemre a Biztosító tájékoztatást ad a személyes adataim kezeléséről, kérhetem azok helyesbítését, törését vagy zárolását, megillet a tiltakozás, illetve a bírósági jogérvényesítés joga, valamint a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (cím:1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C) vizsgálatát is kezdeményezhetem.

Igénybejelentő/Biztosított aláírása

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

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 Önnek továbbra is határidőre kell megfizetnie a fennálló tartozását, ellenkező esetben a Bank a késedelmes fizetés jogkövetkezményeit alkalmazhatja Önrel szemben.

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Biztosító orvosának aláírása