

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!

Tájékoztatjuk, 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

- haláleset
 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

Haláleset 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:

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 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

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 karton 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)

balesetből eredő maradandó egészségkárosodás

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

baleseti kórházi ellátás

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

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

- 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 karton másolata)
- az orvoszakértői intézet egészségkárosodást megállapító szakvéleménye / komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye

átmeneti keresőképtelenség

- „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

munkanélküliség

- Munkaügyi 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 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 Igénybejelentésemet, 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 tartalmaz.
 **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 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 vizsgálo 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 vizsgálo orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).
 5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkok képező személyes és egészségügyi adatokat a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a vele szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint a viszontbiztosító részére átadja.
 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, törlesztését 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 kiírtani.

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 Önnel szemben.

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____ **Biztosító orvosának aláírása**