

## Szolgáltatási igénybejelentő

az ERSTE Bank Hungary Zrt. által vezetett lakossági, forint bankszámlákhoz kapcsolódó Csoportos Számlavédelmi Biztosítási Szerződéshez

A biztosító által kitöltendő:

Kötvényszám:	Kárszám:
Díjjal fedezve (dátum):	
Utolsó díjfizetés dátuma:	
Biztosítás kezdete:	Módozat neve:

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

### Szerződő

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

### Igénybejelentő

Igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye / ideje: \_\_\_\_\_  
Címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

Amennyiben az igénybejelentő nem azonos a Biztosítottal, az igénybejelentő és a Biztosított közötti viszony jellege (pl. meghatalmazott, örökös, hozzátartozó, stb.): \_\_\_\_\_

### Biztosított

Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
Születési neve: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye / ideje: \_\_\_\_\_  
Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
Azonosító okmány száma / típusa: \_\_\_\_\_  
Érvényessége (év/hó/nap): \_\_\_\_\_  
Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_  
Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_  
Címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

A biztosított háziorvosának neve, címe, telefonszáma.: \_\_\_\_\_

### Biztosítási esemény

- balesetből vagy betegségből eredő keresőképtelenség  
 munkanélküliség

### Keresőképtelenségi igény esetén kitöltendő

Átmeneti keresőképtelenség első napja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
Keresőképtelenség oka:  betegség  baleset  
Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állományban?  igen  nem  
Amennyiben igen, pontosan mikor (dátum, év/hó/nap)? \_\_\_\_\_  
Milyen hosszú ideig volt ekkor keresőképtelen? \_\_\_\_\_  
Amennyiben kórházi kezelés is történt hol és ki kezelte Önt (Kórház neve és címe, a kezelő orvos neve)? \_\_\_\_\_

A kezelőorvos szerint milyen hosszú ideig lesz keresőképtelen? \_\_\_\_\_

### Baleset miatti keresőképtelenség esetén:

Baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Helye: \_\_\_\_\_  
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

Mikor szűnt meg a munkaviszonya (a felmondólevélben megjelölt dátum, év/hó/nap): \_\_\_\_\_  
Mikor vette át a felmondólevelet? (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: \_\_\_\_\_

## Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja

Kérjük x- szel jelölni!

## Benyújtandó iratok:

átmeneti keresőképtelenség

- „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” igazolás másolata
- A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosztikájának megnevezését és/vagy BNO kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás
- Baleset esetén (1) a véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült) és / vagy (2) rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült)
- „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata (folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
- 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 másolatát a munkaviszony megszűnéséről
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondó levél vagy közös megegyezés) másolata - közös megegyezés esetén az erről szóló
- a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
- „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár „A biztosítási jogviszonyról és az álláskeresési járadék iránti kérelem és az erre vonatkozó megállapító

A fentiek felül - akár keresőképtelenségi, akár munkanélküliségi igényről van szó - mellékelni kell még az alábbi dokumentumokat:

- a csoportos beszedési megbízás és/vagy az állandó átutalási megbízás útján fizetett tárgyhavi számlákat
- az adott jogosultsági időpont és az azt követő zárlati időpont közötti időszakra vonatkozó bankszámlakivonat másolatát

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.

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 továbbítnom kell az 1300 Budapest, Pf. 161 címre.

3. 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 viszontbiztosítási célból egyéb viszontbiztosítók részére átadja.

4. 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.

\*5. 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).

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 Zrt. (a továbbiakban: Bank) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő és a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges személyes adataimat és a bankszámla szerződésemmre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.

8. Tudomásul veszem, hogy kérelmemre a Biztosító tájékoztatást ad a személyes adataim kezeléséről, kérhetem azok helyesbítését, törlését 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.

Kérem a biztosítási összeg átutalását a következő bankszámlaszámra: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő/Biztosított aláírása / azonosító okmány száma

**Biztosító orvosának szakvéleménye**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
biztosító orvosának aláírása

\*Amennyiben a szolgáltatási igényt bejelentő személye nem azonos a biztosítottal, a 5. pontot nem kell kiölteni.