

Kötvényszám:
54176765Módozat neve:
UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosításSzerződés kezdete:
2022.06.01.

Kérjük, szíveskedjen a mellékleteket hiánytalanul csatolni és az igénybejelentés mezőit teljes körűen kitölteni, annak érdekében, hogy társaságunk intézkedni tudjon a szolgáltatás nyújtásáról. Amennyiben a kifizetendő összeg eléri vagy meghaladja a **4 500 000 Ft-ot**, azt biztosítótársaságunk csak azt követően fizetheti ki a szolgáltatásra jogosultnak, ha – a törvényi szabályozásnak megfelelően – a szolgáltatásra jogosult személyes azonosítására sor került. Ennek érdekében kérjük, keresse fel legközelebbi irodánkat (<https://www.union.hu/kapcsolat#irodaink>), ügyfélszolgálati irodánkat vagy tanácsadóját. Amennyiben elektronikus ügyfél-azonosítással kívánja azonosítani magát, kérjük, keresse fel honlapunkat az alábbi elérhetőségen: <https://union.hu/ugyfel-azonositas>.

Szerződő adataiSzerződő neve: **Magyar Orvosi Kamara**
Adószám: 19008501-1-42Székhely: **1068 Budapest, Szondi utca 100.****Biztosított adatai**

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtóLevelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Kamarai tagság kezdete: _____ Orvosi nyilvántartási száma (pecsétszám): _____

A szerződő felé tett meghatalmazás kitöltésének dátuma: _____

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap

biztosított aláírása**A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (1) Azonos a biztosítottal**

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtóLevelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Maradandó egészségkárosodás és halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Lakcímkártya száma: _____ Állampolgárság: _____

Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleve Jogosítvány

Azonosító okmány száma: _____ Érvényesség ideje: _____ -ig

Kiemelt közszereplő: nem igen a(z) _____ pont alapján.

Kérjük a megfelelő válasz megjelölését! A kiemelt közszereplők lehetséges köréről szóló tájékoztató a nyomtatvány végén található.

Kijelentem, hogy saját nevemben járok el _____ érdekében járok el.

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____ – _____
(IBAN-kód) (3x8 számjegy) SWIFT-kód

Számlatulajdonos neve: _____

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozatot bankszámla használatához” dokumentumot!

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye:

_____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20__ év _____ hó _____ nap _____
jogosult (1) aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (2)

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Maradandó egészségkárosodás és halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Lakcímkártya száma: _____ Állampolgárság: _____

Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útlevel Jogosítvány

Azonosító okmány száma: _____ Érvényesség ideje: _____ -ig

Kiemelt közszereplő: nem igen a(z) _____ pont alapján.

Kérjük a megfelelő válasz megjelölését! A kiemelt közszereplők lehetséges köréről szóló tájékoztató a nyomtatvány végén található.

Kijelentem, hogy saját nevemben járok el

_____ érdekében járok el.

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____ – _____
(IBAN-kód) (3x8 számjegy) SWIFT-kód

Számlatulajdonos neve: _____

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozatot bankszámla használatához” dokumentumot!

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye:

_____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20__ év _____ hó _____ nap _____
jogosult (2) aláírása

Milyen szolgáltatási igényt kíván bejelenteni?

Amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, kérjük benyújtani az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolatát (ha a szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre állt), továbbá az ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolatát.

Kérjük minden esetben a tagsági igazolvány másolatát, vagy a tagsági igazolást csatolni és x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> baleseti csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés) | <ul style="list-style-type: none">– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata– első akut ellátás orvosi iratainak másolatai)– zárójelentés(ek) másolata(i)– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)– röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredményének másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti maradandó egészségkárosodás (20-100%, arányos térítés, 65% felett egyszeri térítés) | <ul style="list-style-type: none">– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata– a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcímgazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról készült másolat |
| <input type="checkbox"/> baleseti kórházi ápolás (1-60 nap, napi térítés) | <ul style="list-style-type: none">– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata |
| <input type="checkbox"/> égési sérülés (arányos térítés) | <ul style="list-style-type: none">– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti műtét (arányos térítés) | <ul style="list-style-type: none">– zárójelentés(ek) másolata(i)– kórházi igazolás másolata |
| <input type="checkbox"/> bármely okú halál | <ul style="list-style-type: none">– halotti anyakönyvi kivonat másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti halál | <ul style="list-style-type: none">– halottvizsgálati bizonyítvány másolata– a hatósági intézkedés során keletkezett iratok másolata– ha a kedvezményezett az örökös, az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékátadó végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcímgazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról készült másolat– amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni az Azonosítási adatlap és a Tényleges tulajdonosi nyilatkozat c. nyomtatványokat, továbbá a meghatalmazást. |

Biztosítási esemény leírása

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Jelenleg versenyszerűen sportol?

nem igen Igen válasz esetén, illetve amennyiben a baleset sportolóként végzett sporttevékenységgel okozati összefüggésben következett be, kérjük, küldje be a sportolói igazolványának/ engedélyének másolatát.

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

nem igen Igen válasz esetén, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát.

Volt-e rendőri intézkedés?

nem igen Igen válasz esetén, kérjük, küldje be a határozat másolatát.

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

nem igen Igen válasz esetén, kérjük, küldje be az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez.

Volt-e korábban a szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen Igen válasz esetén, adja meg mikor: _____ év _____ hó _____ nap

1. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.
2. Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat postai úton (1380 Budapest Pf.: 1076), vagy e-mailen (szemelykar@union.hu) az UNION Biztosítóhoz a káreseményt követően mielőbb megküldeni szíveskedjen!
3. Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-től azok kezelésére vonatkozóan. Az általam a szerződőtől előzetesen átvett és megismert Adatkezelési tájékoztató a biztosító www.union.hu/adatvedelem weboldalán is elérhető. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződés megkötése, meglévő biztosítási szerződések módosítása és állományban tartása, valamint a szolgáltatási igény teljesítése. Tudomásom van arról, hogy a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

Kelt: _____, 20__ év _____ hó ____ nap

biztosított aláírása

jogosult (1) aláírása*

jogosult (2) aláírása*

*biztosított halála esetén

Egészségi állapotra vonatkozó adatok kezeléséről szóló tájékoztatás

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 ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli (a létre nem jött szerződésekhez kapcsolódó adatokat is), ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket az Adatkezelési tájékoztató tartalmaz.

Alulírott, a biztosító ügyfeleként az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és 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 orvosok, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a kockázat-elbíráláshoz és 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, nyomonkövető hatóságokat).

Kelt: _____, 20__ év _____ hó ____ nap

biztosított aláírása

jogosult (1) aláírása*

jogosult (2) aláírása*

*biztosított halála esetén

Személyes azonosítás esetén a tanácsadó vagy biztosító tölti ki:

A szolgáltatásra jogosult személyazonosságáról meggyőződtem, az azonosítást személyesen, a részemre bemutatott okiratok alapján végeztem el. Az adatokat rögzítette (olvasható név): _____

Kelt: _____, 20__ év _____ hó ____ nap

azonosításban közreműködő (biztosításközvetítő vagy ügyfélszolgálat vagy területi iroda munkatársa, vagy banki tanácsadó) személy neve, aláírása

Kitöltésű útmutató a kiemelt közszereplői nyilatkozat megtételéhez

Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §): Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplő-re vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is. A kiemelt közszereplő kategóriáit az alábbi felsorolás tartalmazza:

1. az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
2. az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
3. a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
4. a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéltábla és a Kúria tagja,
5. a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon az Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
6. a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,
7. többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
8. nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy,
9. a kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója: a kiemelt közszereplő házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője,
10. a kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy:
 - a) bármely természetes személy, aki a jelen táblázat 1-8. pontjaiban említett személlyel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll;
 - b) bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet a jelen táblázat 1-8. pontjaiban említett személy javára hoztak létre.