UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

Igénylőlap

betegségi okú biztosítási eseményekre

Szerződésszám: _____ Biztosítási módozat neve: _____ Szerződés kezdete: _____

Kérjük, nyomtatott betűvel töltse ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Tájékoztatjuk, hogy a megjelölt mellékletek és az igénybejelentés szükséges mezőinek kitöltése hiányában társaságunk nem tud intézkedni a szolgáltatásról. Tájékoztatjuk, hogy 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, hogy a szolgáltatásra jogosult személyesen keresse fel tanácsadóját vagy legközelebbi irodánkat! Amennyiben elektronikus ügyfél-azonosítással kívánja azonosítani magát, kérjük, keresse fel honlapunkat az alábbi elérhetőségen: https://union.hu/ugyfel-azonositas.

Szerződő adatai

Név (családi és utónév)/Cégnév: _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____

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

Telefonszám: _____

Cég esetén adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____

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

Telefonszám: _____

Szolgáltatási igény

Kérjük a megfelelő megjelölését!	**Szükséges mellékletek:**
☐ betegségi műtéti térítés	– az összes orvosi dokumentum másolata (a műtétről szóló zárójelentés másolata is)
☐ betegségi kórházi napi térítés	– az összes orvosi dokumentum másolata – kórházi zárójelentés másolata
☐ maradandó egészségkárosodás	– az összes orvosi dokumentum másolata – a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentumok másolatai
☐ rettegett/kritikus betegség	– az összes orvosi dokumentum másolata
☐ halál	– halotti anyakönyvi kivonat másolata – halottvizsgálati bizonyítvány másolata – ha a kedvezményezett örökös, az örököst megállapító közjegyzői okirat másolata – kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás és azonosító okmánya mindkét oldalának, valamint a lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolata – a kedvezményezett(ek) azonosító okmánya mindkét oldalának és a lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolata
☐ egyéb szolgáltatás	– a szerződési feltételekben a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok alatt került meghatározásra

Kifizetésre jogosultak

☐ szerződő ☐ biztosított ☐ kedvezményezett(ek) ☐ örökös(ök)

1. Kifizetésre jogosult adatai és nyilatkozatai

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____

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

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

Telefonszám: _____

☐ kizárólag magyar adóügyi illetőségű vagyok (*Kérjük a megfelelő megjelölését!)*
☐ nem kizárólag magyar adóügyi illetőségű vagyok (*Nemleges válasz esetén adóügyi illetőség nyilatkozat mellékelendő!)*

Maradandó egészségkárosodás és haláleset bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Azonosító okmány típusa: ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Útlevél ☐ Jogosítvány

Érvényesség ideje: _____ ig Azonosító okmány száma: _____

Állampolgárság: _____ Lakcímkártya száma: _____

Adóazonosító jel (kizárólag nyugdíjbiztosítás esetén kitöltendő): _____

A kiemelt közszereplők lehetséges köréről szóló tájékoztató és a kitöltési útmutató megtalálható a https://union.hu/letoltheto/azonositasi-segedlet honlapon. Amennyiben Ön nem kiemelt közszereplő, kérjük, alább nyilatkozzon erről. Amennyiben Ön kiemelt közszereplő, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója, vagy azzal közeli kapcsolatban álló személy, úgy kérjük, csatolja a „Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó nyilatkozatot" és annak mellékleteit is, melyeket a www.union.hu/dokumentumok honlapról tud letölteni!

☐ nem minősülök kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a kifizetésre jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozatot a bankszámla használatához" dokumentumot, amelyet a Biztosító www.union.hu/dokumentumok oldaláról tud letölteni.

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

Kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kijelentem, hogy szolgáltatásra jogosultként ☐ saját nevemben
☐ _____ érdekében járok el.

(Ha más nevében jár el, a tényleges tulajdonos nevének kiírása szükséges).

Kijelentem, hogy a jelen Igénybelentés során megtett nyilatkozataim a valóságnak és tényleges szándékomnak megfelelenek.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____	_____	_____
szerződő aláírása	biztosított aláírása	jogosult/kedvezményezett aláírása

Tudomásul veszem, hogyha faxon vagy e-mailen – a gyorsabb ügyintézés érdekében – elküldöm a nyomtatványt, akkor az eredetit 1 napon belül postai úton is továbbítom a biztosító címére.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____	_____	_____	_____
szerződő aláírása	biztosított aláírása	jogosult/kedvezményezett aláírása	igénybejelentő aláírása

Személyes azonosítás esetén a Tanácsadó vagy Biztosító tölti ki

A beazonosított, szolgáltatásra jogosult személynek a szerződésen belüli státusza:
☐ szerződő ☐ biztosított ☐ kedvezményezett

Az ügyfél személyazonosságáról meggyőződtem, az azonosítást személyesen, a részemre bemutatott okiratok alapján végeztem el.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap

Azonosításban közreműködő* személy Neve: _____

Partner kódja: _____

Aláírása: _____

Biztosításközvetítő partner cég neve**: _____

** biztosításközvetítő vagy ügyfélszolgálat vagy területi iroda munkatársa, vagy banki tanácsadó*
*** nem kötelező kitölteni*