UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

Igénylőlap

Baleseti okú biztosítási eseményekre

Kötvényszám:	Módozat neve:	Szerződés kezdete:
_____	_____	_____

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

*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 a pénzmosás megelőzési törvény szerinti 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 adatai

Név (családi és utónév) / Cégnév: _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

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

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Cég esetén adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____

Biztosított adatai Azonos a szerződővel ☐

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

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

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

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.

A biztosítási szerződésben megnevezett kockázatok figyelembe vételével kérjük X-el jelölje az igényelt szolgáltatás típust!	**Benyújtandó dokumentumok, amelyek a szolgáltatási igénnyel összefüggenek:**
☐ baleseti csonttörés, csontrepedés	– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata – az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i) – zárójelentés(ek) másolata(i) – röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredményének másolata
☐ baleseti kórházi napi térítés	– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata – zárójelentés(ek) másolata(i) – kórházi igazolás(ok) másolata(i)
☐ baleseti műtéti térítés	– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata – zárójelentés(ek) másolata(i) – kórházi igazolás(ok) másolata(i)
☐ baleseti maradandó egészségkárosodás	– a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata – a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcím igazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról készült másolat
☐ baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál	– első akut ellátás orvosi iratainak másolata – utolsó kórházi ellátásról készült orvosi dokumentum másolata (halotti epikrízis) – halotti anyakönyvi kivonat másolata – halottvizsgálati bizonyítvány másolata – hatósági intézkedés során keletkezett iratok másolata

– ha a kedvezményezett az örökös, az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékátadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcímigazolványának 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

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (1) Azonos a szerződővel ☐ biztosítottal ☐

Jogosult neve (családi és utónév) / Cégnév: _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

Anyja születéskori 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: _____ E-mail cím: _____

Cég esetén adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____

Baleseti egészségkárosodás, baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Állampolgárság: _____

Azonosító okmány típusa: ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Útlevél ☐ Jogosítvány

Azonosító okmány száma: _____ Érvényesség ideje: _____ ig

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.*

Kijelentem, hogy ☐ saját nevemben járok el

☐ _____ érdekében járok el.

Amennyiben más nevében jár el, úgy a tényleges tulajdonos nevének kiírása és a tényleges tulajdonosi nyilatkozat kitöltése szükséges, melyet a www.union.hu/dokumentumok honlapról tud letölteni!

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult személy kifizetésre vonatkozó nyilatkozatai

☐ Banki átutalást kérek

Számlatulajdonos neve: _____

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

Belföldi bankszámlaszáma: ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐☐

Deviza bankszámlaszáma (IBAN szám): _____ SWIFT-kód: _____

Amennyiben nem rendelkezik Forint fogadására alkalmas bankszámlával, kérjük mellékelni a „Nyilatkozat HUF kifizetés deviza számlára történő teljesítéséhez", amelyet a Biztosító www.union.hu/dokumentumok oldaláról tud letölteni.

☐ Postai kifizetést kérek

(kizárólag forintban történik a kifizetés, amennyiben a vonatkozó feltétel lehetővé teszi a postai kifizetést)

Kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

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

Kelt: _____, _____

_____

jogosult (1) aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (2) Azonos a szerződővel ☐ biztosítottal ☐

Jogosult neve (családi és utónév) / Cégnév: _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____

Anyja születéskori 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: _____ E-mail cím: _____

Cég esetén adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____

Baleseti egészségkárosodás, baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Állampolgárság: _____

Azonosító okmány típusa: ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Útlevél ☐ Jogosítvány

Azonosító okmány száma: _____ Érvényesség ideje: _____ ig

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.*

Kijelentem, hogy ☐ saját nevemben járok el

☐ _____ érdekében járok el.

Amennyiben más nevében jár el, úgy a tényleges tulajdonos nevének kiírása és a tényleges tulajdonosi nyilatkozat kitöltése szükséges, melyet a www.union.hu/dokumentumok honlapról tud letölteni!

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult személy kifizetésre vonatkozó nyilatkozatai

☐ Banki átutalást kérek

Számlatulajdonos neve: _____

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

Belföldi bankszámlaszáma: ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐☐

Deviza bankszámlaszáma (IBAN szám): _____ SWIFT-kód: _____

Amennyiben nem rendelkezik Forint fogadására alkalmas bankszámlával, kérjük mellékelni a „Nyilatkozat HUF kifizetés deviza számlára történő teljesítéséhez", amelyet a Biztosító www.union.hu/dokumentumok oldaláról tud letölteni.

☐ Postai kifizetést kérek

(kizárólag forintban történik a kifizetés, amennyiben a vonatkozó feltétel lehetővé teszi a postai kifizetést)

Kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

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

Kelt: _____, _____ _____

jogosult (2) aláírása

Biztosítási esemény leírása

A baleset időpontja: _____ (dátum) _____ (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, 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 szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?
nem ☐ igen ☐ *Igen válasz esetén, adja meg mikor:* _____ év _____ hó ____ nap

1. Alulírott, jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljesek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet a szolgáltatásra jogosulttól.
2. Kérjük, a teljeskörűen kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat az alábbi elérhetőségek egyikén az UNION Biztosítóhoz a káreseményt követően mielőbb megküldeni szíveskedjen!
   - **személyesen** (1134 Budapest, Váci út 33.),
   - **postai úton** (1380 Budapest Pf.: 1076), vagy
   - **e-mailen** olvashatóan lefotózva vagy beszkennelve
     - **nem lakásbiztosításhoz kapcsolódó baleseti kár esetén** a szemelykar@union.hu,
     - **UNION Értem Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás esetén** az mfolakaskar@union.hu,
     - **minden más lakásbiztosítás esetén** az otthonkar@union.hu e-mail címre.
3. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító önkéntes és kifejezett hozzájárulásommal a különleges – egészségügyi – adataimat is kezelheti. Az egészségügyi adatok kezeléséhez az érintett kifejezett hozzájárulása szükséges, amely a biztosítási igény elbírálásához és a szolgáltatás teljesítéséhez elengedhetetlen. A hozzájárulás bármikor visszavonható, azonban a visszavonás megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatás teljesítését. A hozzájárulás visszavonása önmagában nem eredményezi a biztosítotti jogviszony megszűnését, és a kezelt egészségügyi adatok törlésére csak akkor kerül sor, ha az adatkezelésnek nincs más jogalapja.
   Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó további részleteket a Biztosító Adatkezelési tájékoztatója tartalmaz, amely a www.union.hu/adatvedelem oldalon is elérhető.
   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. A biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján 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 kezelje, beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
   - a biztosító a társadalombiztosítási azonosító jelemet (TAJ szám) vagy adóazonosító jelemet, ezek hiányában valamely más alfanumerikus azonosítómat (pl. útlevélszámomat) az egészségügyi szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje.
   - 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 eljártak, 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 vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, _____

_____	_____	_____	_____
szerződő aláírása	biztosított aláírása	jogosult (1) aláírása	jogosult (2) aláírása

Személyes azonosítás esetén a Tanácsadó vagy Biztosító tölti ki:

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

Kelt: _____, ____ 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*