

Kötvényszám: _____	Módozat neve: _____ UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás	Szerződés kezdete: _____
--------------------	--	--------------------------

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 adatai

Cégnév: _____
 Székhely: _____ ir.szám _____ helység _____
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____
 Telefonszám: _____ E-mail cím: _____
 A munkáltató igazolása a biztosítottól: A biztosított _____ napja óta folyamatosan, és jelenleg is biztosított a fenti kötvényszámú szerződés _____ megnevezésű csoportjában.
 Kelt: _____, _____
 _____ szerződő aláírása/pecsét

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

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult (1) Azonos a szerződővel ☐ 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 _____ ajtó
 Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység _____
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

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

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.

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.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, _____
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.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

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

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

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

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.

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.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, _____
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.

A biztosítási szerződésben megnevezett kockázatok figyelembe vételével kérjük X-el jelölje az igényelt szolgáltatás típusát!

☐ betegségi kórházi ápolás

Benyújtandó dokumentumok, amelyek a szolgáltatási igénytel összefüggenek:

– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)
– kórházi igazolás(ok) másolata(i)

☐ betegségi műtét

– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)
– kórházi igazolás(ok) másolata(i)
– a műtétről szóló orvosi dokumentáció a beavatkozás WHO kódjának megjelölésével

☐ betegségi, teljes és végleges, nem rehabilitálható munkaképtelenség

– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– a mindenkor illetékes hatóság, vagy társadalombiztosítási szerv határozatának másolata az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékéről

☐ megbetegedés miatti gyógytartam, keresőképzettség

– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– első akut ellátás orvosi iratainak másolata
– szakorvosi ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– BNO kóddal (betegség megnevezése) ellátott háziorvosi/kezelőorvosi igazolás
– zárójelentés(ek) másolata(i)
– kórházi igazolás(ok) másolata(i)
– a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőképzetlen napokról

☐ rettegett/kritikus betegség

– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)
– daganatos megbetegedés esetén a végleges szövettani lelet másolata

☐ halál

– halált okozó betegség kezdeti időpontját és lefolyását rögzítő orvosi dokumentáció másolata
– utolsó kórházi ellátásról készült orvosi dokumentum másolata (halotti epikrízis)
– halál utáni orvosi jelentés másolata
– 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 Hagyatékatadó végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult(ak) személyazonosító okmánya mindkét oldaláról, lakcím igazolványának 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.

☐ gyermekszületés

– születési anyakönyvi kivonat másolata

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 a szolgáltatásra jogosulttól.

2. Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat személyesen (1134 Budapest, Váci út 33.), 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: _____, _____

biztosított aláírása

jogosult (1) aláírása

jogosult (2) aláírása

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 beszerezze 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, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, _____

biztosított aláírása

jogosult (1) aláírása*

jogosult (2) aláírása*

*biztosított halála esetén

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*

Kitöltési 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, a polgári nemzetbiztonsági szolgálat főigazgatója 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.