

Módozat neve: UNION-Kompakt / Provident Pénzügyi Zrt. ügyfelei részére

**Szerződő adatai**

Szerződő neve: **Provident Pénzügyi Zrt. Székhely: 1082 Budapest Futó utca 47-53.**

Adószám: 12590687-1-44 Cégjegyzékszám: 01-10-044542

**Biztosított adatai**

Biztosított/Sérült neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig

Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_

Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Kölcsönszerződés(ek) azonosító száma(i): \_\_\_\_\_

A biztosított/sérült Providentes ügyfélszáma: \_\_\_\_\_

Családi biztosítás esetén a kölcsönigénylő neve: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ biztosított/sérült aláírása / azonosító okmány száma

**A biztosított halála esetén a biztosítási összeg felvételére jogosult kedvezményezett adatai**

Kedvezményezett neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig

Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_

Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

**Biztosítási esemény**

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

A baleset helye: \_\_\_\_\_

A halál időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Az esemény részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): \_\_\_\_\_

Történt-e alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

igen  nem (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőrségi intézkedés?

igen  nem (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e?

igen  nem (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel kapcsolatban?

igen  nem \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ biztosított/sérült / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki!  A megfélelő helyen így jelölje!

## Az igényelt szolgáltatás típusa

A biztosítási feltételekben megnevezett kockázatok figyelembe vételével kérjük X-el jelölni az igényelt szolgáltatás típusát!

- Haláleset  
 Baleseti csonttörés, csontrepedés  
 Baleseti kórházi napi térítés  
 Baleseti maradandó egészségkárosodás  
 Baleseti halál  
 Baleseti műtéti térítés  
 Baleseti égés  
 Egyéb \_\_\_\_\_

Benyújtandó irat:

- A balesettel kapcsolatosan készült összes orvosi dokumentum másolata, különös tekintettel az első ellátásról készült orvosi dokumentum másolatára (ambuláns lap, járóbeteg ellátási lap, kórházi zárójelentés, lelet, stb.)
- A maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító a Rehabilitációs hatóság által kiadott Komplex minősítést végző orvos-szakértői bizottság Összefoglaló vélemény másolata
- A betegséggel kapcsolatosan rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata, különös tekintettel az igény alapjául szolgáló betegség első diagnosztizálásáról készült orvosi dokumentum másolatára (ambuláns lap, járóbeteg ellátási lap, kórházi zárójelentés, lelet, stb.)
- Halotti anyakönyvi kivonat, boncjegyzőkönyv másolata
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Jogerős Hagyatékatadó végzés vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata

Továbbá:

- Baleseti jegyzőkönyv másolata
- A Hatósági eljárás során keletkezett, az eljárás anyagát képező iratok másolata (jegyzőkönyv, tanúmeghallgatási jegyzőkönyv stb.) vagy jogerős lezáró határozat abban az esetben, ha a szolgáltatási igény bejelentéskor már rendelkezésére áll
- Alkohol, bódító- vagy kábítószeres fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat eredményének másolata
- Külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén az idegen nyelven kiállított dokumentumok, okiratok hiteles magyar fordítása
- Közlekedési baleset esetén a biztosított érvényes vezetői engedélyének, forgalmi engedélyének a másolatai, amennyiben a biztosított a gépjármű vezetőjeként sérült meg.

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. Kötelezettséget válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. Tudomásul veszem, hogy faxon (fax: (+36-1) 486-4390) vagy e-mailen (ugyfelszolgalat@union.hu) az UNION Biztosítóhoz elküldött, a szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentésem eredeti példányát egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a biztosító címére (1380 Budapest Pf. 1076.) is.
4. Tudomással bírok arról, hogy a biztosító önkéntes és kifejezett hozzájárulásommal a különleges – egészségügyi – adataimat is kezelheti az Adatkezelési tájékoztatójában említett célból, az ott leírtak szerint a biztosítási jogviszony fennállásának tartama alatt, valamint azt követően addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az Adatkezelési tájékoztató a [www.union.hu/adatvedelem](http://www.union.hu/adatvedelem) weboldalon érhető el. **Kijelentem, hogy önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy:
  - a biztosító az egészségi állapotomra 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 orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárnak, a szolgáltatási igény elbírálásához 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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
biztosított/sérült / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

## Biztosító orvosának szakvéleménye

---

---

---

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
a biztosító szakorvosának aláírása

## Biztosító tölti ki!

A szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.  
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
átvevő aláírása