

Kötvényszám:  
51466097Módozat neve:  
Csoportos Élet- és BalesetbiztosításSzerződés kezdete:  
2022.01.01.

Kérjük, szíveskedjen a mellékleteket hiánytalanul csatolni és az igénybejelentés mezőit teljes körűen kitölteni, annak érdekében, hogy társaságunk intézkedni tudjon a szolgáltatás nyújtásáról.

**Szerződő adatai**Szerződő neve: **Provident Pénzügyi Zrt.**Székhely: **1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 10/B.**

Adószám: 12590687-1-44

Cégjegyzékszám: 01-10-044542

**Biztosított adatai**

Név (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.) \_\_\_\_\_ házsorszám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési cím: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység

\_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsorszám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Telefonszám: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

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

A biztosított Providentes ügyfélszáma: \_\_\_\_\_

**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.) \_\_\_\_\_ házsorszám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési cím: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység

\_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsorszám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Telefonszám: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Maradandó egészségkárosodás és halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!**

Állampolgárság: \_\_\_\_\_ Lakcímkártya száma: \_\_\_\_\_

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, amelyet a [www.union.hu](http://www.union.hu) honlapon ér el.*

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!**

Állampolgárság: \_\_\_\_\_ Lakcímkártya száma: \_\_\_\_\_

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, amelyet a [www.union.hu](http://www.union.hu) honlapon ér el.*

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.

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés)          | <ul style="list-style-type: none"><li>– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata</li><li>– első akut ellátás orvosi iratainak másolatai</li><li>– zárójelentés(ek) másolata(i)</li><li>– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)</li><li>– röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredményének másolata</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű kórházi napi térítés (1-365 nap)                       | <ul style="list-style-type: none"><li>– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata</li><li>– első akut ellátás orvosi iratainak másolata</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> baleseti okú műtéti térítés (arányos térítés)                           | <ul style="list-style-type: none"><li>– zárójelentés(ek) másolata(i)</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> égési sérülés (arányos térítés)   | <ul style="list-style-type: none"><li>– kórházi igazolás másolata</li></ul>  |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (31-100%, arányos térítés) | <ul style="list-style-type: none"><li>– a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata</li><li>– a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata</li><li>– a szolgáltatásra jogosult(ak) személyazonosító okmányának mindkét oldaláról, lakcímgigazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról másolat</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> bármely okú halál, vagy baleseti okú halál                              | <ul style="list-style-type: none"><li>– halotti anyakönyvi kivonat másolata</li><li>– halottvizsgálati bizonyítvány másolata</li><li>– a hatósági intézkedés során keletkezett iratok másolata</li><li>– ha a kedvezményezett az örökös, az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékátadó végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)</li><li>– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás</li><li>– a szolgáltatásra jogosult(ak) személyazonosító okmányának mindkét oldaláról, lakcímgigazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról másolat</li><li>– 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.</li></ul> |

## 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 sportlóként végzett sporttevékenységgel okozati összefüggésben következett be, kérjük, küldje be a sportolói igazolványának/ engedélyének másolatát.*

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószeres 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 személyesen (1134 Budapest, Váci út 33.), postai úton (UNION VIG Biztosító Zrt., 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](http://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, nyomozó hatóságokat).

Kelt: \_\_\_\_\_, 20\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
jogosult (1) aláírása\*

\_\_\_\_\_  
jogosult (2) aláírása\*

\*biztosított halála esetén

#### **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 ítélőtábla 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.