

Szolgáltatási igénybejelentő

A Provident Pénzügyi Zrt. által nyújtott kölcsön mellé igénybe vett Előrelátó Csomag keretében nyújtott Csoportos Élet- és Balesetbiztosításhoz

| | | | |
|---|------------|-----------------------|--|
| Kötvényszám: | 4111244757 | Provident ügyfélszám: | |
| Kölcsönszerződés(ek) azonosító száma(i) | | | |

Szerződő adatai:

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

Biztosított adatai:

Neve: _____
Születési családi és utónév: _____
Születési hely és idő: _____
Anyja születési neve: _____
Foglalkozás: _____
Állandó lakcím: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszám: _____ E-mail: _____

Igénybejelentő adatai:

Neve: _____
Születési családi és utónév: _____
Születési hely és idő: _____
Anyja születési neve: _____
Állandó lakcím: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszám: _____ E-mail: _____

Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki!

Halálozás időpontja: _____
Halálozás helye: _____
Mikor állították fel a haláleset okául szolgáló alapbetegség diagnózisát? _____
A biztosított háziorvosának neve, címe: _____

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

Haláleset

Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki!

A szolgáltatási igény elbírálásához bármely okú halálest és baleseti halálest esetén az alábbi iratokat mellékelem*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!) *

- Halotti anyakönyvi kivonat
- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolat
- Házi orvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet
- A halálest/szolgáltatás alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Baleseti halál esetén: a balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata (ambuláns lapok, zárójelentés stb.)
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány

Kérjük BALESET esetén töltsse ki!

Baleset időpontja: _____

Baleset helyszíne és a baleset körülményeinek leírása:

A jelenleg sérült testrész volt-e megelőzőleg betegség következtében károsodott vagy baleset következtében sérült? Ha igen milyen mértékben?

Történt-e rendőri intézkedés? Ha igen mely szervnél?

A balesetet követően történt-e véralkohol vizsgálat? Ha igen hol és milyen eredménnyel?

Műtéti beavatkozás időpontja (ha történt):

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.

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés)
- Baleseti eredetű kórházi napi térítés (1-365 nap)
- Baleseti okú műtéti térítés (arányos térítés)
- Égési sérülés (arányos térítés)
- Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (31-100%, arányos térítés)

Kérjük **BALESET** esetén töltsse ki!

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)*

Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés:

- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Első akut ellátás orvosi iratai, röntgen lelet, ambuláns leletek, zárójelentések
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült)
- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)

Baleseti eredetű kórházi napi térítés

- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Első akut ellátás orvosi iratai, röntgen lelet, ambuláns leletek, zárójelentések
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült)
- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)

Baleseti okú műtéti térítés

- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Első akut ellátás orvosi iratai, röntgen lelet, ambuláns leletek, zárójelentések
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült)
- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)

Égési sérülés

- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Első akut ellátás orvosi iratai, röntgen lelet, ambuláns leletek, zárójelentések
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült)
- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (31-100%, arányos térítés)

- A szolgáltatásra jogosult személyi igazolványának és lakcímkártyájának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
- Első akut ellátás orvosi iratai, röntgen lelet, ambuláns leletek, zárójelentések
- A tényállás megállapítására alkalmas hatósági irat, rendőrségi jegyzőkönyv, rendőrségi határozat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárás során hozott egyéb határozat, amennyiben hatósági eljárás történt
- Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült)
- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)
- Hatósági orvosi szakvélemény másolata (ha van)
- A végállapot kialakulása utáni záró szakorvosi vélemény

*A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat.

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 elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli.
4. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy nem vagyok az U.S.A. polgára és/vagy nem tartozom az U.S.A. Szövetségi jövedelemadó hatálya alá (továbbiakban U.S.A. polgár). Tudomásul veszem, hogy az U.S.A. polgár által, az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó – státusz vonatkozásában tett nyilatkozatban tett valótlan nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után.
5. Alulírott tudomásul veszem, hogy a Biztosító részletes Adatkezelési tájékoztatója a Biztosító honlapján, a www.metlife.hu weblapon található, melyből a Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozattal bármikor jogosult vagyok írásbeli példányt igényelni. 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, 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).
6. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy a részemre járó szolgáltatási összeget az alábbi módon kérem kiutalni:

Igénybejelentő / Kedvezményezett adatai nem haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás Posta

Bankszámlaszám: --

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____

Igénybejelentő / biztosított aláírása

Igénybejelentő(k) / Kedvezményezett adatai haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás Posta

Bankszámlaszám: --

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____

Igénybejelentő / kedvezményezett (törvényes örökös) -
kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás Posta

Bankszámlaszám: --

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____

Igénybejelentő / kedvezményezett (törvényes örökös) -
kiskorú esetén törvényes képviselő aláírása

1. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepével szemben a titoktartás alól felmentem.
2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek, illetve kezelni fognak.

Név nyomtatott betűvel: _____

Kelt: _____

Igénybejelentő aláírása

Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat személyesen vagy postai úton (1138 Budapest, Népfürdő utca 22.), vagy e-mailen (info@metlife.hu) a MetLife Biztosítóhoz a káreseményt követően mielőbb megküldeni szíveskedjen!