

Kötvényszám:

xxxxxx

Módozat neve:

UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás

Szerződés 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 adataiSzerződő neve: **Provident Pénzügyi Zrt.**Székhely: **1082 Budapest, Futó utca 47-53.**

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

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Kölcsönszerződés(ek) azonosító száma(i): _____

A biztosított Provident ügyfélszáma: _____

Családi biztosítás esetén a kölcsönigénylő neve: _____

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: _____

Állampolgárság: _____

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!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.

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____ SWIFT-kód
(IBAN-kód) (3x8 számjegy)

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 honlapon ér el.

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye:

_____ ir.szám _____ helység

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

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (2)

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

Állampolgárság: _____

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!

Lakcímkártya száma: _____ Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleveél 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.

Kérjük, minden esetben az alábbiakban megadni szíveskedjen a szolgáltatási összeg kifizetésének módját!

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____ – _____ SWIFT-kód
(IBAN-kód) (3x8 számjegy)

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 honlapon ér el.

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye:

_____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal:

Igénybejelentő adatai

Név: _____

Születési idő, hely: _____ Anyja születéskori neve: _____

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

E-mail cím: _____ Telefon: _____

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) | <input type="checkbox"/> a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
<input type="checkbox"/> első akut ellátás orvosi iratainak másolata
<input type="checkbox"/> zárójelentés(ek) másolata(i)
<input type="checkbox"/> az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
<input type="checkbox"/> röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredményének másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű kórházi napi térítés (1-365 nap) | <input type="checkbox"/> a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
<input type="checkbox"/> első akut ellátás orvosi iratainak másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti okú műtéti térítés (arányos térítés) | <input type="checkbox"/> zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> égési sérülés (arányos térítés) | |

- baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás (31-100%, arányos térítés) – a rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata
– a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata
– a szolgáltatásra jogosult személyazonosító okmányának mindkét oldaláról, lakcímgazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról másolat
- bármely okú halál, vagy baleseti okú halál – halotti anyakönyvi kivonat másolata
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata
– a hatósági intézkedés másolata
– az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékátadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
– a szolgáltatásra jogosult személyazonosító okmányának mindkét oldaláról, lakcímgazolványának lakcímet tartalmazó oldaláról másolat
– amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni az Azonosítási adatlap és a Tényleges tulajdonosi nyilatkozat c. nyomtatványokat

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, 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*

- 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.
- Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat 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!
- Tudomásul veszem, hogy a Biztosító nem nyújthat fedezetet és nem teljesíthet semmilyen kárigényt vagy szolgáltatási igényt bármely biztosított vagy más fél számára, amennyiben ez a fedezet, kifizetés, szolgáltatás, előny és / vagy a biztosított üzleti vagy egyéb tevékenysége megsértené az alkalmazandó szankciókat, vagy a következő kereskedelmi, pénzügyi embargókat vagy gazdasági szankciókat, törvényeket vagy rendeleteket, amelyek közvetlenül vonatkoznak a Biztosítóra. Az alkalmazandó szankciók a következők: (i.) Európai Unió (EU); (ii.) az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ); (iii) Egyesült Államok (USA) és / vagy (iv) a Biztosítóra alkalmazandó egyéb szankciók.
- Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a Biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítése.

5. Biztosítottként 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 weboldalon érhető el. Biztosítottként 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 nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.

Kijelentem, hogy saját nevemben / _____ érdekében járok el.

Kelt: _____, 20____ év _____ hó ____ nap

biztosított aláírása

szerződő aláírása

jogosult (1) aláírása

jogosult (2) aláírása

igénybejelentő aláírása

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 közszereplőre 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, örökbefogadott-, 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.