



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555

Szolgáltatási igénybejelentő

a Raiffeisen Személyi Kölcsön
Hitelfedezeti Védelem csoportos biztosításhoz

Szerződő: Raiffeisen Bank Zrt.

Érkeztetés:

Biztosított	Biztosított neve, születéskori név is: <input type="text"/> Születési ideje: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Születési helye: <input type="text"/> Anyja neve: <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/> Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E-mail címe: <input type="text"/>
Szolgáltatás fajtája <i>(a megfelelő megjelölendő)</i>	<input type="checkbox"/> bármely okú halál <input type="checkbox"/> baleseti eredetű, legalább 50%-os mértéket elérő maradandó egészségkárosodás <input type="checkbox"/> bármely okú, 69%-ot meghaladó egészségkárosodás (korábban: 79%-ot meghaladó mértékű (TB I., II. fokozatú) munkaképesség-csökkenés/egészségkárosodás) <input type="checkbox"/> bármely okból bekövetkező, 60 napot meghaladó, folyamatos keresőképtelenség (táppénz) <input type="checkbox"/> 60 napot meghaladó, folyamatos munkanélküliség
Biztosítási esemény	oka (részletes leírása), időpontja: Baleset esetén Hol történt az első kezelés, és ki végezte? <input type="text"/> Történt-e hatósági vizsgálat?* <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Rendőrkapitányság részéről* <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <i>(* a megfelelő megjelölendő)</i>
Bejelentő <i>Amennyiben eltér a biztosítottól, akkor szükséges a kitöltése</i>	Bejelentő neve: <input type="text"/> Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/>

Biztosított kárbejelentés esetén kitöltendő

Alulírott kijelentem, hogy a jelen Szolgáltatási Igénybejelentőben adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott, illetve az esetlegesen csatolt dokumentumokban szereplő egészségi állapotommal kapcsolatos különleges adatnak minősülő személyes adataimat hozzájárulásom alapján az UNIQA Biztosító Zrt. a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek teljesítése céljából kezelje. Továbbá, jelen nyilatkozatommal biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó általuk nyilvántartott adatok tekintetében az UNIQA Biztosító Zrt.-vel szemben fennálló titoktartási kötelezettsége alól felmentem a kezelőorvosaimat, az engem kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), az egészségbiztosítókat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket.

Kelt: _____

Biztosított aláírása

Adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató és nyilatkozatok

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt.

Adatkezelés célja: A biztosítási szerződésből fakadó jogok és kötelezettségek teljesítése körében a Kárrendezés lebonyolítása, kárügyintézés, biztosítási eseményekkel és kárbejelentési dokumentumokkal kapcsolatos adatkezelés. A Biztosító által kezelt személyes adatok további kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „**Adatkezelési Tájékoztató**” című dokumentumban és a biztosítási feltételekben talál részletes információt.

A Biztosító adatfeldolgozójaként jelenik meg a jelen csoportos biztosítási termék vonatkozásában a Raiffeisen Bank Zrt. (mint Szerződő).

A Biztosító további adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetők – információt a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „**Adatfeldolgozó végző személyek listája**” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az ügyfélszolgálatán is közzéteszi az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

Alulírott Bejelentő/Biztosított

- kijelentem, hogy rendelkezem felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyek adatainak megadására, továbbá vállalom az adatvédelmi tájékoztatás átadását ezen személyek részére;
- tudomásul veszem, hogy a kárrendezési eljárás során megadott adatokat a Biztosító a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található Adatkezelési Tájékoztatóban („Adatkezelési Tájékoztató”) foglaltak szerint kezelheti és továbbíthatja;

Kelt: _____

Biztosított/Bejelentő aláírása (a megfelelő aláhúzendó)

Kérjük, pipálja ki az igénybejelentővel együtt leadott dokumentumokat!

Bármely okú halál	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat <input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány <input type="checkbox"/> A halottvizsgálati bizonyítványon szereplő betegségekkel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a betegségek kezdetétől <input type="checkbox"/> A balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata (zárójelentés stb.) <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült <input type="checkbox"/> Idegen nyelvű iratok esetén azok hiteles magyar fordítása <input type="checkbox"/> Hozzáartozó elérhetősége (név, lakcím, telefonszám) <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által) <input type="checkbox"/> A balesettel kapcsolatban készült összes orvosi ellátás irata <input type="checkbox"/> A végállapot kialakulása utáni záró szakorvosi vélemény (a balesetet követő 2 éven belül) <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodás mértékét megállapító rehabilitációs szakigazgatási szerv szakvéleménye, ha készült <input type="checkbox"/> Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, munkahelyi baleset esetén <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült <input type="checkbox"/> Idegen nyelvű iratok esetén azok hiteles magyar fordítása
Bármely okú, 69%-ot meghaladó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodás mértékét megállapító rehabilitációs szakigazgatási szerv szakvéleménye <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodást okozó betegségekkel/balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a betegségek kezdetétől. <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által), baleset esetén <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült
Bármely okból bekövetkező, 60 napot meghaladó, folyamatos keresőképtelenség (Táppénz)	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> „Orvosi igazolás keresőképtelen állományról” című nyomtatvány másolata <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata, amennyiben kórházi ápolás történt <input type="checkbox"/> Betegségi táppénz esetén: a keresőképtelenséget okozó betegséggel kapcsolatos teljes orvosi dokumentáció a betegség kezdetétől <input type="checkbox"/> Baleseti táppénz esetén: a baleset körülményeinek leírása, a balesettel kapcsolatban készült összes orvosi dokumentum <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült <input type="checkbox"/> Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, munkahelyi baleset esetén
60 napot meghaladó, folyamatos munkanélküliség	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Felmondásról szóló dokumentum (munkáltató és munkavállaló megállapodása) <input type="checkbox"/> Kormányhivatali határozat az álláskeresői járadék megállapításáról <input type="checkbox"/> Álláskeresői kiskönyv másolata <input type="checkbox"/> A munkanélküliség alatt folyamatos havi igazolás a kormányhivaltól, hogy álláskeresőként nyilvántartják <input type="checkbox"/> Nyilatkozat a munkaviszony megszűnésének módjáról <input type="checkbox"/> Közös megegyezés esetén nyilatkozat a munkáltatótól, hogy ki kezdeményezte a közös megegyezéssel történő felmondást

A biztosító a szolgáltatási igény értékeléséhez további dokumentumokat is bekérhet.