

Szerződő: Raiffeisen Bank Zrt.

Érkeztetés:

Biztosított	Biztosított neve, születés kori név is: _____ Születési ideje: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Születési helye: _____ Anyja neve: _____ Telefonszáma: _____ Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ E-mail címe: _____	
Szolgáltatás fajtája (a megfelelő megjelölendő)	Aktív munkaviszonnyal rendelkező Biztosított esetén <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő haláleset <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg gyógykezelés <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő, 70%-ot elérő egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó, folyamatos keresőkép telenség <input type="checkbox"/> 60 napot meghaladó, folyamatos munkanélküliség	Aktív munkaviszonnyal nem rendelkező Biztosított esetén <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő haláleset <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg gyógykezelés <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű műtét <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő, 70%-ot elérő egészségkárosodás
Biztosítási esemény	oka (részletes leírása), időpontja: Baleset esetén Hol történt az első kezelés, és ki végezte? _____ Történt-e hatósági vizsgálat?* <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Rendőrség részéről* <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem (* a megfelelő megjelölendő)	
Milyen módon kéri a kárösszeg kifizetését? (baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés esetén)	<input type="checkbox"/> Postai utalvány <input type="checkbox"/> Banki átutalás Postai utalvány esetén utalási cím: _____ Banki utalás esetén bankszámlaszám: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Számlatulajdonos neve: _____	
Bejelentő Amennyiben eltér a biztosítottól, akkor szükséges a kitöltése	Bejelentő neve: _____ Telefonszáma: _____ Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ Telefonszáma: _____	

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 kü- lönleges adatnak minősülő személyes adataimat hozzájárulásom alapján az UNIQA Biztosító Zrt. a biztosítási szerződésből eredő kö- telezettségeinek 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 közölhetőek – információt a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „**Adatfeldolgozást végző személyek listája**” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az ügyfélszolgálatán is közlése 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: _____

- kijelentem, hogy az adatkezelésről szóló tájékoztatást és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem;
- tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettségsértést alapoz meg;
- aláírással igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek;
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat megtétele önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Alulírott Biztosított

- 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 a Biztosító 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 a Biztosítóval 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, és hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszeresse.

Biztosított/Bejelentő aláírása (a megfelelő aláhúzendő)

Kérjük, pipálja ki a Szolgáltatási igénybejelentővel együtt leadott dokumentumokat!

Balesetből vagy betegségből eredő haláleset	<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"/> Hozzá tartozó elérhetősége (név, lakcím, telefonszám) <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
Baleseti eredetű kórházi fekvőbeteg gyógykezelés	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés(ek) másolata <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által) <input type="checkbox"/> Kórházi ápolási dokumentáció (nővér által vezetett) és lázlap másolata <input type="checkbox"/> Igazolás kórházi (klinikai) fekvőbeteg gyógyintézetben a betegség megállapítása, vagy gyógykezelése illetőleg szülés céljából történő ellátásról nyomtatvány másolata <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült (másolata)
Balesetből vagy betegségből eredő, 70%-ot elérő 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 Rendőrségi határozat, amennyiben készült
Balesetből vagy betegségből eredő, 60 napot meghaladó, folyamatos keresőképtelenség	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> „Orvosi igazolás keresőképtelen állományról” című nyomtatvány <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 <input type="checkbox"/> Nyilatkozat az aktív munkaviszonyról
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 kormányhivaltaltól, hogy álláskeresőként nyilvántartják <input type="checkbox"/> Nyilatkozat a munkaviszony megszűnésének módjáról <input type="checkbox"/> Nyilatkozat aktív munkaviszonyról és közös megegyezés esetén nyilatkozat a munkáltatótól
Baleseti eredetű műtét	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által) <input type="checkbox"/> A balesettel kapcsolatban készült összes orvosi ellátás irata <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben 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"/> CSED, GYED, GYES jogviszony igazolása vagy Igazolás, hogy az egyéni vállalkozói nyilvántartásban szerepel, vagy Igazolás, hogy az őstermelői nyilvántartásban szerepel, vagy Igazolás a nappali tagozatos hallgatói jogviszonyról, vagy Igazolás, hogy az egészségügyi szolgáltatási járulékot (TB) saját maga fizeti

A Biztosító a szolgáltatási igény értékeléséhez további dokumentumokat is bekérhet.