

Kötvényszám: 78266749

Módozat neve: UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset és egészségbiztosítás

Biztosítás kezdete: 2018.12.01.

Szerződő adataiSzerződő neve: **Mozdonyvezetők Szakszervezete** Székhely: **1145 Budapest, Bácskai u. 11.**

Adószám: 19624992-2-42

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

A Mozdonyvezetők Szakszervezete tölti ki!Szerződő igazolása a biztosítottól: A biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta folyamatosan, és jelenleg is biztosított a fenti kötvényszámú szerződés **78266 757** megnevezésű csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____ szerződő cégszerű aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai és nyilatkozatai (1)

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ / _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Állampolgárság: _____

Telefonszám: _____ Adóazonosító jele: _____

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____

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

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

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

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása_____
kedvezményezett/bejelentő aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai és nyilatkozatai (2)

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

Születési idő, hely: ____/____/____/____ Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Állampolgárság: _____

Telefonszám: _____ Adóazonosító jele: _____

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____

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

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység

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

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása_____
kedvezményezett/bejelentő aláírása**Biztosítási esemény (Csak baleset esetén kell kitölteni!)**

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Halál esetén annak időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

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 (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőri intézkedés?

nem igen (ha igen, a határozat másolatát, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

nem igen (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez)

Volt-e korábban a szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____

a biztosított /igénybejelentő aláírása

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó iratok

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.

Kérjük x-szel jelölni!

Benyújtandó iratok, amelyek a szolgáltatási igénnyel összefüggenek:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés) | – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– röntgen lelet másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű műtéti térítés | – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű kórházi napi térítés | – zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű, 28 nap folyamatos keresőképzetlenség (egyszeri térítés) | – az összes orvosi dokumentum másolata |
| <input type="checkbox"/> betegségi eredetű, 15, illetve 30 nap folyamatos keresőképzetlenség (egyösszegű térítés, évente max.1 alkalommal) | – a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőképzetlen napokról
– orvosi igazolás a keresőképzetlenség okáról (BNO) |
| <input type="checkbox"/> baleseti maradvány egészségkárosodás (11-100%, arányos térítés) | – az összes orvosi dokumentum másolata |
| <input type="checkbox"/> közlekedési baleseti maradvány egészségkárosodás (31-100%, arányos térítés) | |
| <input type="checkbox"/> balesetből eredő égési sérülés | – az összes orvosi irat másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti halál | – halotti anyakönyvi kivonat másolata |
| <input type="checkbox"/> közlekedési baleseti halál | – halottvizsgálati bizonyítvány másolata és boncjegyzőkönyv másolata
– jogerős Hagyatékatadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata (amennyiben nem történt kedvezményezett megjelölés)
– a halál alapjául szolgáló betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentum(ok) másolata(i) (kivizsgálásról, diagnosztizálásról, kezelésekről készült ambuláns lapok, zárójelentések, halotti epikrízis stb.)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás |
| <input type="checkbox"/> temetési költség | – halotti anyakönyvi kivonat másolata
– temetési költségre vonatkozó eredeti számla |

Kijelentem, hogy saját nevemben/_____ érdekében járok el.

- 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.
- Kötelezettséget válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
- Tudomásul veszem, hogy faxon (fax: (+36-1) 486-4390) vagy e-mailen (ugyfelszolgalat@union.hu) az UNION Biztosítóhoz elküldött, a szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentésem eredeti példányát egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a biztosító címére (1380 Budapest Pf. 1076.) is.
- 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.
- Tudomásul 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. 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 beszerezze 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 orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, a szolgáltatási igény elbírálásához 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 szervezeteket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____ igénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki!

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____ területi igazgatóság bélyegzője és átvevő aláírása

Kötvényszám: 78266706

Módozat neve: UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset és egészségbiztosítás

Biztosítás kezdete: 2018.12.01.

Tájékoztatjuk, hogy a megjelölt mellékletek és az igénybejelentés szükséges mezőinek hiánytalan kitöltése hiányában társaságunk nem tud intézkedni a szolgáltatásról. Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a kifizetendő összeg eléri vagy meghaladja a 4 500 000 Ft-ot, azt biztosító társaságunk csak azt követően fizetheti ki a szolgáltatásra jogosultnak, ha – a törvényi szabályozásnak megfelelően – a szerződő személyes azonosítására sor került. Ennek érdekében kell felkeresnie tanácsadóját vagy legközelebbi irodánkat!

Szerződő adataiSzerződő neve: **Mozdonyvezetők Szakszervezete** Székhely: **1145 Budapest, Bácskai u. 11.**

Adószám: 19624992-2-42

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

A Mozdonyvezetők Szakszervezete tölti ki!

Szerződő igazolása a biztosítottól: A biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta folyamatosan, és jelenleg is biztosított a fenti kötvényszámú szerződés _____ megnevezésű csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____ szerződő cégszerű aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai és nyilatkozatai (1)

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ / _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Állampolgárság: _____

Telefonszám: _____ Adóazonosító jele: _____

kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek** minősülök (Kérjük a megfelelő megjelölését! Igenlő válasz esetén Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó nyilatkozat mellékelendő!)

nem minősülök kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek**

* Házastárs, élettárs, vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadott-, mostoha- és nevelőszülője.

** Olyan természetes személy, aki kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll, vagy olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek a tulajdonosa, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____

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

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a kifizetésre jogosulttal kérjük az alábbi nyilatkozatot kitölteni:

Alulírott, _____ (számlatulajdonos neve) hozzájárulok ahhoz, hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. _____ (a szolgáltatási összeg felvételére jogosult neve) részére, a fenti kötvényszámú biztosítási szerződése alapján a járó szolgáltatási összeget ezen bankszámlámra elutalja.

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység _____ község (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ számlatulajdonos aláírása

_____ biztosított aláírása

_____ kedvezményezett/bejelentő aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai és nyilatkozatai (2)

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

Születési idő, hely: ____ / ____ / ____ / _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Állampolgárság: _____

Telefonszám: _____ Adóazonosító jele: _____

 kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek** minősülök (Kérjük a megfelelő megjelölését! Igenlő válasz esetén Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó nyilatkozat mellékelendő!) nem minősülök kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek**

* Házastárs, élettárs, vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője.

** Olyan természetes személy, aki kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll, vagy olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek a tulajdonosa, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____

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

Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a kifizetésre jogosulttal kérjük az alábbi nyilatkozatot kitölteni:

Alulírott, _____ (számlatulajdonos neve) hozzájárulok ahhoz, hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. _____ (a szolgáltatási összeg felvételére jogosult neve) részére, a fenti kötvényszámú biztosítási szerződése alapján a járó szolgáltatási összeget ezen bankszámlámra elutalja.

Postai kifizetés esetén a kifizetés helye: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házsám _____ emelet _____ ajtó

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ számlatulajdonos aláírása

_____ biztosított aláírása

_____ kedvezményezett/bejelentő aláírása

Biztosítási esemény (Csak baleset esetén kell kitölteni!)

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Halál esetén annak időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

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 (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőri intézkedés?

nem igen (ha igen, a határozat másolatát, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

nem igen (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez)

Volt-e korábban a szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____

a biztosított /igénybejelentő aláírása

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó iratok

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.

Kérjük x-szel jelölni!

Benyújtandó iratok, amelyek a szolgáltatási igénnyel összefüggenek:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés (egyösszegű térítés) | – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– röntgen lelet másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> baleseti vagy betegségi eredetű műtéti térítés | – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti vagy betegségi eredetű kórházi napi térítés | – zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű, 28 nap folyamatos keresőképzetlenség (egyösszegű térítés) | – az összes orvosi dokumentum másolata
– a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőképzetlen napokról
– orvosi igazolás a keresőképzetlenség okáról (BNO) |
| <input type="checkbox"/> baleseti maradandó egészségkárosodás (1-100% , arányos térítés; 50% felett további egyszeri térítés) | – az összes orvosi dokumentum másolata |
| <input type="checkbox"/> balesetből eredő égési sérülés | – az összes orvosi irat másolata |
| <input type="checkbox"/> bármely okú halál | – halotti anyakönyvi kivonat másolata |
| <input type="checkbox"/> baleseti halál | – halottvizsgálati bizonyítvány másolata és boncjegyzőkönyv másolata
– jogerős Hagyatékatadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata (amennyiben nem történt kedvezményezett megjelölés)
– a halál alapjául szolgáló betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentum(ok) másolata(i) (kivizsgálásról, diagnosztizálásról, kezelésekről készült ambuláns lapok, zárójelentések, halotti epikrízis stb.)
– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
– kedvezményezett(ek) személyazonosító igazolványának, lakcímkártyájának másolata |
| <input type="checkbox"/> végleges rokkantság | – az összes orvosi dokumentum másolata
– a komplex minősítést végző szakértői bizottság összefoglaló véleménye és a rehabilitációs hatóságnak az ellátást megállapító határozata |
| <input type="checkbox"/> kritikus betegségi szolgáltatás | – a betegséggel kapcsolatos orvosi ellátás dokumentum másolata (zárójelentések, szövegtani lelet stb.) |

Kijelentem, hogy saját nevemben/_____ érdekében járok el.

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 vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. Tudomásul veszem, hogy faxon (fax: (+36-1) 486-4390) vagy e-mailen (ugyfelszolgalat@union.hu) az UNION Biztosítóhoz elküldött, a szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentésem eredeti példányát egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a biztosító címére (1380 Budapest Pf. 1076.) is.
4. 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. 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 jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az Adatkezelési tájékoztató a www.union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. 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 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 orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák. 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 _____
ingénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki!

A kedvezményezett, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap _____
területi igazgatóság bélyegzője és átvevő aláírása