

Kötvényszám: 78266749

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

Biztosítás kezdete: 2018.12.01.

### Szerződő adatai

Szerződő 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 aláhúzendó)

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.) \_\_\_\_\_ házzám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_ a 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 igénybejelentéskor 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<br>– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)<br>– röntgen lelet másolata<br>– 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 keresőkép telenség (egyszeri térítés)   | – az összes orvosi dokumentum másolata  |
| <input type="checkbox"/> betegségi eredetű, 15, illetve 30 nap folyamatos keresőkép telenség (egyösszegű térítés, évente max.1 alkalommal) | – a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőkép telen napokról<br>– orvosi igazolás a keresőkép telenség okáról (BNO)   |
| <input type="checkbox"/> baleseti maradandó egészségkárosodás (11-100%, arányos térítés)   | – az összes orvosi dokumentum másolata  |
| <input type="checkbox"/> közlekedési baleseti maradandó 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<br>– jogerős Hagyatékatadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata (amennyiben nem történt kedvezményezett megjelölés)<br>– a halál alapjául szolgáló betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentum(ok) másolata(i) (kivizsgálásról, diagnosztizálásról, kezelésekről készült ambuláns lapok, zárójelentések, halotti epikrízis stb.)<br>– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás |
| <input type="checkbox"/> temetési költség  | – halotti anyakönyvi kivonat másolata<br>– 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 vállalok 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 veszem, 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](http://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 eljárak, 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 szervezet, 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

## Megbízás és meghatalmazás

Alulírott

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési hely és idő: \_\_\_\_\_

Kötvényszám: 78266749

## Megbízom

A(z) Mozdonyvezetők Szakszervezete -t (a továbbiakban: Meghatalmazott), hogy az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-vel (a továbbiakban: Biztosító) megkötött, fent jelölt kötvényszámú biztosítási szerződésből eredő szolgáltatási igényemmel összefüggésben megbízottként, meghatalmazottként járjon el a Biztosító előtt a szolgáltatási igényemmel összefüggő teljes ügyintézés alatt, melynek értelmében a Biztosítót jelen nyilatkozatommal a biztosítási titoktartási kötelezettség alól felmentem a Meghatalmazott irányába a szolgáltatási igényemmel kapcsolatos valamennyi biztosítási titoknak minősülő információ tekintetében. Jelen meghatalmazás kiterjed arra, hogy a Biztosító a szolgáltatási igényemmel összefüggő valamennyi levelét, tájékoztatását a Meghatalmazott részére küldje meg, vele tartsa a kapcsolatot, és arra, hogy a Meghatalmazott a nevemben jognyilatkozatot tegyen. Jelen meghatalmazás alapján a Meghatalmazott jogosult arra, hogy a jogviszony fennállta alatt a biztosítási jogviszonnyal és a kárrendezéssel kapcsolatos adatokat megismerje a szerződés monitoringozása valamint statisztikai célokból.

Tudomással bírok arról, hogy jelen megbízás teljesítéséhez szükséges mértékben a Meghatalmazott a személyes adatok különleges kategóriájába sorolható – jellemzően egészségügyi – adataimat – **örökhagyó károsult örököséként, elhunyt károsult nevében eljáró hozzátartozóként vagy korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a képviselőben eljáró törvényes képviselőjeként eljárva, ezen személyek személyes adatait és különleges személyes adatait** – kezeli, mint önálló adatkezelő. A Meghatalmazott az adatkezelési tájékoztatóját részemre előzetesen átadta, melynek birtokában a különleges személyes adataim Meghatalmazott általi kezeléséhez kifejezetten hozzájárulok a szolgáltatási igényemmel összefüggő közreműködéshez szükséges mérték erejéig.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
aláírás