

Kötvényszám: _____ Módozat neve: UNION-Kompakt csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítás Szerződés kezdete: _____

Kérjük, szíveskedjen a mellékleteket hiánytalanul csatolni és az igénybejelentés mezőit teljes körűen kitölteni, annak érdekében, hogy társaságunk intézkedni tudjon a szolgáltatás nyújtásáról. Amennyiben a kifizetendő összeg eléri vagy meghaladja a 4 500 000 Ft-ot, azt biztosítótársaságunk csak azt követően fizetheti ki a szolgáltatásra jogosultnak, ha – a törvényi szabályozásnak megfelelően – a szolgáltatásra jogosult személyes azonosítására sor került. Ennek érdekében kérjük, keresse fel legközelebbi irodánkat (<https://www.union.hu/kapcsolat#irodaink>), ügyfélszolgálati irodánkat vagy tanácsadóját.

Szerződő adatai

Cégnév: _____
Székhely: _____ ir.szám _____ helység

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

Adószám: _____ Cégjegyzékszám: _____

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

A munkáltató 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 aláírása

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

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

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (1) Azonos a szerződővel biztosítottal

Jogosult neve (családi és utónév): _____

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____

Állampolgárság: _____

Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység

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

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

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

E-mail cím: _____

Baleseti egészségkárosodás, baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Lakcímkártya száma: _____ Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleve 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 hátoldalán található. „Igen” válasz esetén szükséges a „Nyilatkozat és adatlap a pénzeszköz forrására vonatkozóan” elnevezésű nyomtatvány kitöltése és csatolása is! Ennek érdekében kérjük, keresse fel legközelebbi irodánkat (<https://www.union.hu/kapcsolat#irodaink>), ügyfélszolgálati irodánkat vagy tanácsadóját.

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!

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

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

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai (2) Azonos a szerződéssel biztosítással

Jogosult neve (családi és utónév): _____
Születéskori név (családi és utónév): _____
Születési idő, hely: _____ Anyja neve: _____
Állampolgárság: _____
Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
E-mail cím: _____

Baleseti egészségkárosodás, baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál bejelentése esetén kérjük az alábbiakat kitölteni!

Lakcímkártya száma: _____ Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útlevelel 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 hátoldalán található. „Igen” válasz esetén szükséges a „Nyilatkozat és adatlap a pénzeszköz forrására vonatkozóan” elnevezésű nyomtatvány kitöltése és csatolása is! Ennek érdekében kérjük, keresse fel legközelebbi irodánkat (<https://www.union.hu/kapcsolat#irodaink>), ügyfélszolgálati irodánkat vagy tanácsadóját.

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!

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

Kelt: _____, 20____ év _____ hó _____ nap

Szerződő/Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Milyen szolgáltatási igényt kíván bejelenteni?

Amennyiben az alábbi szolgáltatási igények érvényesítése egy életbiztosításhoz kötött kiegészítő baleset-biztosításhoz kapcsolódik, akkor szükséges továbbá beküldeni a szolgáltatásra jogosult személyazonosító okmányának mindkét oldalának, lakcímgazdálkodásának lakcímet tartalmazó oldalának másolatát. 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!

baleseti csonttörés, csontrepedés, égés

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti kórházi napi térítés

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti műtéti térítés

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti maradandó egészségkárosodás

– az összes orvosi dokumentum másolata
– a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata
– a szolgáltatási összeg felvételére jogosult személyazonosító okmányának mindkét oldalának, lakcímgazdálkodásának lakcímet tartalmazó oldalának másolata

- baleseti gyógytartam, keresőképtelenség
- első akut ellátás orvosi iratainak másolata
 - szakorvosi ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
 - BNO kóddal (betegség vagy baleset megnevezése) ellátott háziorvosi/kezelőorvosi igazolás
 - zárójelentés(ek) másolata(i)
 - a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőképtelen napokról
- baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál
- halotti anyakönyvi kivonat másolata
 - halottvizsgálati bizonyítvány másolata
 - ha a kedvezményezett a törvényes örökös az örökös személyét megállapító közjegyzői okirat másolata (jogerős Hagyatékatadói végzés, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány)
 - kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás
 - a szolgáltatásra jogosult személyazonosító okmányának mindkét oldalának, lakcímgazolványának lakcímet tartalmazó oldalának másolata
 - amennyiben az igénybejelentő nem azonos a szolgáltatási összeg felvételére jogosulttal, kérjük mellékelni az Azonosítási adatlap és a Tényleges tulajdonosi nyilatkozat c. nyomtatványokat
- egyéb szolgáltatás:
- _____
- a szerződési feltételekben a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok alatt került meghatározásra

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*

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. Kérjük, a kitöltött igénylőlapot és szükséges dokumentumokat faxon (fax: (+36-1) 486-4390) vagy e-mailen (szemelykar@union.hu) az UNION Biztosítóhoz a káreseményt követően mielőbb megküldeni szíveskedjen!
3. 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.
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 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 nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.

Kijelentem, hogy saját nevemben / _____ érdekében járok el.

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap

szerződő aláírása

biztosított aláírása

jogosult (1) aláírása

jogosult (2) aláírása

igénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki!

A szolgáltatásra jogosult személyes azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem, és a hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem. Amennyiben a szolgáltatási igény hiányosan került leadásra, szóban a következő dokumentumok pótlására hívtam fel a figyelmet: _____

Kelt: _____, 20 ____ év _____ hó ____ nap

a tanácsadó, vagy a biztosító ügyfélszolgálatra
rendelkezésre álló irodájának bélyegzője és az átvevő 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 közszereplő-re 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 ítéltábla 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, örökbefogadó-, 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.