

Kötvényszám (szerződészsám): 43232354

Biztosítás kezdete: 2020.02.01.

Módozat neve: PERFEKT PRO Ügyvédi balesetbiztosítás

Szerződő adatai

Szerződő neve: Magyar Ügyvédek Kölcsönös Biztosító Egyesülete
Adószám: 19670656-1-41

Székhely: 1136 Budapest, Hegedűs Gyula utca 8. IV.5.

Biztosított adatai

Biztosított/Sérült neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

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

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

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

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Számlatulajdonos neve: _____

Csoportos személybiztosítás alapján igényelt szolgáltatás esetén a szerződő igazolása a biztosítotttól:

Fenti biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta jelenleg is biztosított a szerződésben.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított aláírása

szerződő aláírása

igénybejelentő aláírása

A biztosított halála esetén a biztosítási összeg felvételére jogosult kedvezményezett adatai

(1) jogosult neve: _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

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

Levelezési cím: _____

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

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

(2) jogosult neve: _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)

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

Levelezési cím: _____

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

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

(1) jogosult aláírása

(2) jogosult aláírása

Biztosítási esemény

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

A baleset helye: _____

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

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

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

Volt-e rendőrségi intézkedés?

nem igen (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, 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 a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított / igénybejelentő aláírása

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

Kérjük x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

Benyújtandó iratok:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> baleseti 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 (1-365 nap) | – zárójelentés(ek) másolata(i) |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű égés, arányos térítés | |
| <input type="checkbox"/> baleseti maradandó egészségkárosodás (arányos térítés) | – az összes orvosi ellátás dokumentum másolata
– kórházi zárójelentések
– továbbá minden olyan dokumentum, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges |
| <input type="checkbox"/> baleseti eredetű keresőképtelenség, egyösszegű térítés | – az összes orvosi dokumentum másolata
– a táppénzes lapok másolata, vagy a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresőképtelen napokról
– orvosi igazolás a keresőképtelenség okáról (BNO) |
| <input type="checkbox"/> baleseti halál | – halotti anyakönyvi kivonat másolata
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata, boncjegyzőkönyv másolata
– jogerős Hagyatékatadó végzés, vagy Öröklési bizonyítvány másolata
– a fenti dokumentumok szerinti kedvezményezett(ek) személyazonosító igazolványának, lakcímkártyájának másolata
– a Hatósági eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll.
– az ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolata
– a halál alapjául szolgáló betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentum(ok) másolata(i) (kivizsgálásról, diagnosztizálásról, kezelésekről készült ambuláns lapok, zárójelentések, halotti epikrízis stb.) |

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 válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. Tudomásul veszem, hogy a biztosítási esemény bejelentését írásban, postai úton a biztosító (UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1380 Budapest, Pf. 1076.) részére címezve, elektronikus úton a biztosító e-mail címére (mubsebaleset@union.hu) megküldve vagy a biztosító honlapján (www.union.hu) keresztül lehet megtenni.
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 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 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 szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

igénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki!

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

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

területi iroda bélyegzője és átvevő aláírása