

Kötvényszám (szerződésszám): 42564189

Biztosítás kezdete: 2020.01.01.

Módozat neve: PERFEKT FIX Ügyvédi balesetbiztosítás

## Szerződő adatai

Szerződő neve: Magyar Ügyvédek Kölcsönös Biztosító Egyesülete

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

Adószám: 19670656-1-41

## 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 / azonosító okmány száma

## Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

Kérjük x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

baleseti csonttörés, csontrepedés (egyösszegű) térítés

baleseti eredetű műtéti térítés

baleseti maradandó egészségkárosodás (arányos térítés)

baleseti halál

Benyújtandó iratok:

- az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
  - az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
  - röntgen lelet másolata
  - zárójelentés(ek) másolata(i)
- 
- az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
  - zárójelentés(ek) másolata(i)
- 
- az összes orvosi ellátás dokumentum másolata
  - kórházi zárójelentések
  - továbbá minden olyan dokumentum, amely a biztosítási esemény tisztázásához elengedhetetlenül szükséges
- 
- 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 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 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. 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 jogviszonyban 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 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