



SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESETI KÓRHÁZI ÁPOLÁS EGYÖSSZEGŰ TÁMOGATÁSA, BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS, BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS, BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS, KRITIKUS BETEGSÉGEK, ÉGÉSI SÉRÜLÉS, GYERMEK SÉRÜLÉSE ÉS CSONTTÖRÉS SZOLGÁLTATÁS ESETÉRE VÉDELMEZŐ BIZTOSÍTÁS, ILLETVE TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN

1. A biztosított és a hitel adatai

a. Biztosított neve: _____

b. Születési név: _____

c. Születési idő: _____ . _____ . _____ .

d. Anyja neve: _____

e. A biztosításba bevont folyószámla száma: _____ - _____ - _____

Csak törlesztési biztosítások esetén kitöltendő:

f. Hitelszerződés aláírásának dátuma: _____ . _____ . _____ .

g. Hitelszerződés száma: _____ - _____ - _____

h. Hitel típusa: folyószámlahitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog személyi kölcsön
 babaváró kölcsön egyéb: _____

i. A hitel devizaneme: deviza alapú hitel forint alapú hitel

2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Igénybejelentő:

a/1. Neve: _____

a/2. Levelezési címe: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

a/3. E-mail címe: _____

a/4. Telefonszáma: _____ - _____

b. Csatolt dokumentumok száma: _____ db, megnevezése: _____

c. Az összeg banki utalását kérem (csak Védelmező biztosítás esetén kitöltendő):

c/1. Bank neve: _____

c/2. Számlaszám: _____

d. Az összeg postai utalását kérem (csak Védelmező biztosítás esetén kitöltendő):

d/1. Név: _____

d/2. Cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

3. Adatok a baleseti kórházi ápolás egyösszegű támogatása, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, kritikus betegségek, égési sérülés és gyermek sérülése szolgáltatásokhoz (ügyfél tölti ki)

a. Kórházi ápolás kezdete: _____ . _____ . _____ .

b. Kórházi ápolás vége: _____ . _____ . _____ .

c. Kórházi ápolási napok száma: _____

d. Kórházi ápolás oka: _____

e. A műtét ideje, megnevezése: _____ . _____ . _____ .

f. A kórház (intézmény) neve: _____

g. A kórház (intézmény) címe: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

3. Adatok a baleseti kórházi ápolás egyösszegű támogatása, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, kritikus betegségek, égési sérülés és gyermek sérülése szolgáltatásokhoz (ügyfél tölti ki) – (folytatás)

- h. Kritikus betegség megnevezése: rákos megbetegedés szívroham stroke szklerosis multiplex
- i. A diagnózis kelte: _____ . _____ . _____ .
- j. A diagnózist megállapító orvos neve: _____
- k. A diagnózist megállapító intézmény neve: _____
- l. Gyermek sérülésének megnevezése:
 Kullancscsípés okozta Lyme kór Kullancscsípés okozta agyvelőgyulladás Mérgezés Szúrt/vágott sérülés Kutyaharapás
- m. Orvosi ellátás időpontja: _____ . _____ . _____ .
- n. Ellátást végző orvos neve: _____
- o. Ellátást végző intézmény neve: _____

4. Adatok csonttörés szolgáltatáshoz (az ügyfél tölti ki)

- a. Sérült testrész megnevezése: _____
- b. Csatolt dokumentumok:
b/1. A csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata: igen nem
b/2. A balesetet követő első orvosi ellátás dokumentációja: igen nem
b/3. Egyéb igazoló irat: _____

5. Adatok baleseti költségtérítés szolgáltatáshoz (az ügyfél tölti ki)

- a. Baleset időpontja: _____ . _____ . _____ .
- b. Orvosi ellátás időpontja: _____ . _____ . _____ .
- c. Ellátást végző orvos neve: _____
- d. Ellátást végző intézmény neve: _____
- e. Felmerült költség leírása: _____
- f. Felmerült költség összege: _____ Ft

Alulírott biztosított kérem, hogy a fentebb megjelölt biztosítási szerződés

- baleseti kórházi ápolás egyösszegű támogatás kórházi napi térítés műtéti térítés kritikus betegségek csonttörés
 súlyos égési sérülés közepes égési sérülés baleseti költségtérítés gyermek sérülése

szolgáltatását a biztosítási feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

Tudomásul veszem, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek, **tudomásul veszem**, hogy valótlán adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az

egészségi állapotára, hitelszerződésére vonatkozó – a biztosítotti jogviszony létrejöttével, módosításával, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatait beszeresse, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-aiban, valamint 149.§-ában megha-

tározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmenti az ezen adatokat kezelő intézményeket és személyeket (egészségügyi intézet, munkaügyi szervek, orvos) titoktartási kötelezettségük alól.

Az e-mail cím és telefonszám megadása önkéntes.

Alulírott hozzájárulok, hogy a biztosító a kárrendezési eljárással kapcsolatban minden dokumentumot és tájékoztatást a megadott e-mail címre küldjön meg, illetve hozzájárulok, hogy a biztosító az általam megadott e-mail címet, telefonszámot a kárrendezési eljárással kapcsolatban felhasználja és ebből a célból kezelje.

Amennyiben harmadik személy nevét és elérhetőségét adja meg kapcsolatartóként, akkor ezen adatok esetében az adatkezelés jogalapja: az adatkezelő jogos érdeke. A jogos érdek megnevezése: kapcsolatfelvétel a kapcsolattartásra megadott személlyel a kárrendezési eljárás lebonyolítása érdekében. A jogos érdeken alapuló adatkezeléssel kapcsolatban a tiltakozás jogával élhet az érintett a www.groupama.hu/irjon-nekunk felületen. Adatkezeléssel kapcsolatos bővebb információk a: https://www.groupama.hu/hu/Jogi_es_adatvedelmi_nyilatkozat/Jog_es_adatvedelem.html linken olvashatók.

Kelt: _____ , _____ . _____ . _____ .

biztosított aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása