

## KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ MENTŐÖV ÉS TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁSOKHOZ

### 1. A biztosított adatai

a. Név: \_\_\_\_\_

b. Születési név: \_\_\_\_\_

c. Születési idő: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
 d. Anyja neve: \_\_\_\_\_

e. Biztosításba bevont folyószámla száma (Mentőöv biztosítás esetén):  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Csak törlesztési biztosítások esetén kitöltendő:**

f. Hitelszerződés aláírásának dátuma: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
 g. Hitelszerződés száma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

h. Hitel típusa:  áruhitel  hitelkártya  gépjárműhitel  jelzálog  személyi kölcsön  egyéb: \_\_\_\_\_

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

j. Vállalkozói státusz a biztosítási esemény kezdetekor (törlesztési biztosítás esetén):  nem vállalkozó  vállalkozó

### 2. A biztosítási eseményre vonatkozó adatok

a. A keresőképtelenség első napja: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
 b. A keresőképtelenség oka:  betegség  baleset  
 c. A keresőképtelenség kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású, illetve toxikus szer fogyasztása?  igen  nem

### 3. Betegségre vonatkozó adatok (betegségből eredő keresőképtelenség esetén töltendő ki)

a. Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állományban?  igen  nem  
 b. Amennyiben igen, pontosan mikor: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. mennyi ideig: \_\_\_\_\_  
 c. Amennyiben kórházi kezelés is történt hol és ki kezelte Önt?  
 c/1. Kórház neve: \_\_\_\_\_  
 c/2. Kórház címe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó  
 c/3. Kezelőorvos neve: \_\_\_\_\_  
 c/4. Egyéb: \_\_\_\_\_

### 4. Balesetre vonatkozó adatok (balesetből eredő keresőképtelenség esetén töltendő ki)

a. A baleset időpontja: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
 b. A baleset és a baleset körülményeinek rövid leírása: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5. A biztosított házi orvosának adatai

a. A biztosított házi orvosának neve: \_\_\_\_\_  
 b. Címe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó  
 c. Telefonszáma: \_\_\_\_\_

## 6. Az igénybejelentő adatai

a. Az igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_

b. Levelezési címe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

c. Telefonszáma: \_\_\_\_\_ munkahelyi telefon: \_\_\_\_\_

**Alulírott kijelentem**, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljeselek, **tudomásul veszem**, hogy valótlan 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 beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-ában, valamint 149.§-ában meghatározott 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.

Biztosított:  hozzájárulok

**Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését** a kedvezményezett részére a biztosítási feltételekben rögzítettek alapján.

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

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
igénybejelentő aláírása

Folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást **havonta el kell küldenem** a Groupama Biztosító Zrt. részére az 1380 Budapest, Pf. 1049 címre.

**Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a szolgáltatási igény elbírálásához a Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, 1380 Budapest, Pf. 1049 címre, vagy leadnom a Groupama Biztosító bármelyik ügyfélszolgálati irodájában:**

- „Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről” igazolás másolata (folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni);
- a keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnózisának megnevezését és kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás;

- amennyiben kórházi ápolás is történt, akkor a zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata;
- a Csatlakozási Nyilatkozat másolata (írásbeli csatlakozás esetén);
- az utolsó Módosítási Nyilatkozat másolata (ha volt módosítás);
- vállalkozó esetén: igazolás az egyéni vállalkozóról és az egyéni cégről szóló törvény szerinti egyéni vállalkozói tevékenység nyilvántartásba vételéről, vagy olyan dokumentum másolata, amely a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló törvény által meghatározott vállalkozói státuszt igazolja.