

VÉGLEGES MUNKAKÉPESSÉG-CSÖKKENÉS ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ VÉDELMEZŐ BIZTOSÍTÁSHOZ ÉS TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁSOKHOZ

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. A hitelt folyósító bank neve: OTP Bank Nyrt./OTP Jelzálogbank Zrt.

g. Hitelszerződés aláírásának dátuma: _____ . _____ . _____ .

h. Hitelszerződés száma: _____ - _____ - _____

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

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

2. A biztosítási eseményre vonatkozó adatok

a. A végleges munkaképesség-csökkenés időpontja: _____ . _____ . _____ .

b. A végleges munkaképesség-csökkenés oka: betegség baleset

c. A végleges munkaképesség-csökkenés kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású, illetve toxikus szer fogyasztása? igen nem

3. Betegsége vonatkozó adatok (betegségi eredetű végleges munkaképesség csökkenés esetén töltendő ki)

a. A végleges munkaképesség-csökkenés kialakulásának leírása (mikor kezdődött a végleges munkaképesség csökkenéshez vezető betegség, mennyi ideig volt táppénzen a betegség miatt): _____

b. Hol és ki kezelte a biztosítottat a fenti betegsége miatt?

b/1. Kórház neve: _____

b/2. Kórház címe: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

b/3. Kezelőorvos neve: _____

b/4. Egyéb: _____

4. Balesetre vonatkozó adatok

a. A baleset időpontja: _____ . _____ . _____ .

b. A baleset és a baleset körülményeinek rövid leírása: _____

5. A házi orvos adatai

a. A biztosított házi orvosának neve: _____

b. Címe: _____
 _____ út, utca, 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: _____

d. Biztosító szolgáltatásához szükséges további adatok (Csak Védelmező biztosításhoz kapcsolódó biztosítási szolgáltatási igény esetén töltendő):

d/1. Az összeg banki utalását kérem:

Bank neve: _____

Számlaszám: _____ - _____ - _____

d/2. Az összeg postai utalását kérem:

Név: _____

Cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek, **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, nyilvánvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-aiban, valamint 149.§-ában meg-

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

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal komplex minősítését igazoló, az egészségi állapot mértékét megállapító jogerős határozata;
- az egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatai;
- amennyiben a munkaképesség csökkenésének oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata.

Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését a kedvezményezett hitelt nyújtó pénzügyi intézmény részére, illetve Védelmező biztosítás esetén a 6. pontban megjelölt helyre.

Kelt: _____, _____. _____.

igénybejelentő aláírása