



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 háziorvos adatai

a. A biztosított háziorvosának 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. E-mail címe: _____

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

e/1. Az összeg banki utalását kérem:
Bank neve: _____
Számlaszám: _____ - _____ - _____

e/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 biztosított 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 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.

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.

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

Kelt: _____, _____.

igénybejelentő aláírása