

## VÉGLEGES MUNKAKÉPESSÉG CSÖKKENÉS ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

### 1. A biztosított és a hitel adatai

- a. Biztosított neve: \_\_\_\_\_
- b. Születési név: \_\_\_\_\_
- c. Születési idő: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. d. A hitelt folyósító bank neve: OTP Bank Nyrt./OTP Jelzálogbank Zrt.
- e. Hitelszerződés aláírásának dátuma: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- f. Hitelszerződés száma: \_\_\_\_\_
- g. Hitel típusa:  folyószámlahitel  hitelkártya  gépjárműhitel  jelzálog  személyi kölcsön  egyéb: \_\_\_\_\_
- h. A hitel devizaneme:  deviza alapú hitel  forint alapú hitel
- i. A biztosításba bevont folyószámla száma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 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. Betegségre 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, 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 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, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

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

**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. Ezen nyilatkozatommal **felmentem** az engem valaha is kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket a Groupama Biztosító Zrt-vel szembeni titoktartási kötelezettségük

alól és egyben **felhatalmazom** őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a biztosító részére történő továbbítására.

**Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a szolgáltatási igényem elbírálásához a Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, Rapid Ügyek Osztálya – 1380 Budapest, Pf. 1049 címre vagy a**

**lakóhelyhez legközelebbi Groupama Biztosító ügyfélszolgálati irodába:**

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal egészségi állapot mértékét megállapító határozat másolata.
- Amennyiben a munkaképesség csökkenésének oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata.

Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését a kedvezményezett hitelt nyújtó pénzügyi intézmény részére.

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

igénybejelentő aláírása