

Szolgáltatási igénybejelentő

a Fővárosi Vízművek Zrt. és az Union Biztosító között létrejött "Vízálló védelem" elnevezésű csoportos biztosítás Prémium csomagjához természetes személyek által tett bejelentésre

A biztosító által kitöltendő:

| | |
|---------------------------|----------------|
| Kötvényszám: | Kárszám: |
| Díjal fedezve (dátum): | |
| Utolsó díjfizetés dátuma: | |
| Biztosítás kezdete: | Módoszat neve: |

Kérjük, nyomtatott betűkkel töltsse ki! X A megfelelő helyen így jelölje!

Szerződés

Szerződés neve: Fővárosi Vízművek Zrt.
Székhelye: 1134 Budapest, Váci út 23-27.

Igénybejelentő

Igénybejelentő neve: _____
Születési helye / ideje: _____
Címe: _____
Telefonszáma: _____

Amennyiben az igénybejelentő nem azonos a Biztosítottal, az igénybejelentő és a Biztosított közötti viszony jellege
(pl. meghatalmazott, örökös, hozzátartozó, stb.): _____

Biztosított

Biztosított neve: _____
Születési neve: _____
Anyja neve: _____
Születési helye / ideje: _____
Átampolgársága: _____
Azonosító okmány száma / típusa: _____
Érvényessége (év/hó/nap): _____
Kiállító hatóság: _____
Adóazonosító jele: _____
Címe: _____
Telefonszáma: _____
A biztosított háziorvosának neve, címe, telefonszáma: _____

Biztosítási esemény

baleseti vagy betegségből eredő keresékeptelenség
 munkanélküliség

Keresékeptelenségi igény esetén kitöltendő

Átmeneti keresékeptelenség első napja: _____ év _____ hó _____ nap
Keresékeptelenség oka: betegség baleset
Volt-e ugyanazzal a betegséggel korábban is keresékeptelen állományban? igen nem
Amennyiben igen, pontosan mikor (dátum, év/hó/nap)? _____
Milyen hosszú ideig volt ekkor keresékeptelen? _____
Amennyiben kórházi kezelés is történt hol és ki kezelte Önt (Kórház neve és címe, a kezelő orvos neve)? _____

A kezelőorvos szerint milyen hosszú ideig lesz keresékeptelen? _____

Baleset miatti keresékeptelenség esetén:

Baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap Helye: _____
Írja le röviden, milyen körülmények között történt a baleset? _____

A baleset bekövetkezéséhez hozzájárult-e alkohol, kábító hatású ill. toxikus szer fogyasztása? igen nem

Munkanélküliségi igény esetén kitöltendő

Mikor szünt meg a munkaviszonya (a felmondóévében megelőző dátum, év/hó/nap): _____
Mikor vette át a felmondólevelet? (dátum, év/hó/nap): _____
Az Ön munkáltatójának pontos neve, címe, telefonszáma: _____

Milyen időtartamra szóló munkaviszonyral rendelkezett? határozott határozatlan
Munkaviszonya próbaidő alatt szűnt meg? igen nem

A munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során folyamatosan határozatlan tartamú munkaviszonnyal rendelkezett-e? igen
Mikor regisztráltatta magát a munkaügyi központban? nem
Munkaügyi központ neve, címe, telefonszáma: _____

Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja

Kérjük x- szel jelölni!

Benyújtandó iratok:

átmeneti keresékeptelenség

• „Orvosi igazolás a keresékeptelen állományba vételről” igazolás másolata

• A keresékeptelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosztizálásának megnevezését és/vagy BNO kódját olvasható formában (nyomatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás

• Baleset esetén (1) a véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült) és / vagy (2) rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült)
• Orvosi igazolás a folyamatos keresékeptelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata (folyamatos keresékeptelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)

• Amennyiben kórházi ápolás is történt zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata

munkanélküliség

• Munkaügyi központ által kiállított igazolás arról, hogy mikor regisztrálták Önt álláskeresőként
• a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről

• a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondó levél vagy közös megegyezés) másolata - közös megegyezés esetén az eről szóló megállapodásnak tartalmaznia kell az okot. A közös megegyezés indoka utólagosan hiánypótlásként nem igazolható.
• a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata
• „Igazolólap a munkanélküli járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
• Országos Egészségbiztosítási Pénztár „A biztosítási jogviszonyról és az álláskeresői járadék iránti kérelem és az erre vonatkozó megállapító

1. Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a Biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.
2. Tudomásul veszem, hogy ha a gyorsabb ügyintézés érdekében faxon vagy e-mailen a saját felelősségemre elküldöm Igénybejelentésemet, akkor az eredeti egy napon belül postai úton is továbbítanom kell az 1300 Budapest, Pf. 161 címre.

3. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási tiltkot képező személyes és egészségügyi adatokat a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a vele szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célből egyéb viszontbiztosítók részére átadja.
4. Hozzájárulok, hogy a Fővárosi Vízművek Zrt. (a továbbiakban: Vízművek) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő és a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges személyes adataimat és a szolgáltatási szerződésemmre vonatkozó adatokat a szolgáltatási igény bejelentését követően a Biztosító részére átadja.
5. Hozzájárulok, hogy a Biztosító - a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő - (személyes-, egészségi állapotomról, valamint bankszámla szerződéssel kapcsolatos) adataimat beszerezze, nyilvántartsa, valamint a Vízművek részére átadja.

Kérem a biztosítási összeg átutalását a szerződés részére, mellyel hozzájárulok ahhoz, hogy a Fővárosi Vízművek Zrt. a fogyasztói számlám a kártérítés összegét nyilvántartsa, és velem elszámoljon. Érintett számlaszám: 10700024 – 02520009 – 51 100005

Az utaláshoz szükséges azonosítók, melyek a közlemény rovatban kerülnek megadásra: _____

Szerződéses folyószámla azonosító/vevő azonosító: _____

A vízellátással érintett számla száma: _____

Kérem a biztosítási összeg átutalását a következő bankszámlaszámra: _____ - _____ - _____

Kelt: _____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő/Biztosított aláírása / azonosító okmány száma