

Kötvényszám (szerződészsám): 44008186

Biztosítás kezdete: _____

Módozat neve: Fővárosi Vízművek „Vízálló Védelem” csoportos biztosítás

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Fővárosi Vízművek Zrt.**Székhely: **1138 Budapest, Váci út 182.**

Adószám: 10898824-2-44 Cégjegyzékszám: 01-10-042451

Biztosított adatai

Biztosított neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Biztosítási csomag neve: Top Extra Top Extra Family Ernyő Ernyő Family

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított aláírása_____
igénybejelentő aláírása

Társbiztosított adatai

Társbiztosított neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Biztosítási csomag neve: Top Extra Family Ernyő Family

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

társbiztosított aláírása_____
biztosított aláírása_____
igénybejelentő aláírása

A társbiztosított a biztosított

 közeli hozzátartozója* élettársa élettárs gyermeke házastárs gyermeke élettárs szülője házastárs szülője

* Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha-, és a nevelőszülő valamint a testvér.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított aláírása

A szolgáltatási összeg felvételére jogosult adatai

(1) jogosult neve: _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendó)

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

(2) jogosult neve: _____ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendó)

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, Anyja neve: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

(1) jogosult aláírása

(2) jogosult aláírása

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Halál esetén annak időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

nem igen (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőrségi intézkedés?

nem igen (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e? (mikor, milyen mértékben károsodott?)

nem igen (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított / társbiztosított / igénybejelentő aláírása

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

Minden szolgáltatási igény benyújtásához az alábbi dokumentumok csatolása szükséges:

- a Biztosító által kiállított fedezetigazolás másolata
- a Biztosított / Társbiztosított azonosító okmányainak másolata.

Kérjük x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

baleseti maradandó egészségkárosodás (11-100%)

Benyújtandó iratok:

- az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata, továbbá minden olyan orvosi dokumentum ami a balesettel összefügg
- a végállapot kialakulását követően készült szakorvosi dokumentum, másolata (ambuláns lap, zárójelentés, igazolás)
- a hatósági eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll)
- az ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolata

baleseti halál

- halotti anyakönyvi kivonat másolata
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata, boncjegyzőkönyv másolata
- jogerős hagyatékátadó végzés, vagy jogerős öröklési bizonyítvány másolata
- szolgáltatási összeg felvételére jogosult kedvezményezett(ek) személyazonosító igazolványának, lakcímkártyájának másolata
- a hatósági eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll)
- az ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat másolata
- a halál alapjául szolgáló balesettel kapcsolatos orvosi dokumentum(ok) másolata(i) (zárójelentések, halotti epikrízis stb.)

1. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.
2. Kötelezettséget válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. Tudomásul veszem, hogy faxon +36-1) 486-4390 vagy e-mailen (ugyfelszolgalat@union.hu) az UNION Biztosítóhoz elküldött, a szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentésem eredeti példányát egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a Biztosító címére (1380 Budapest Pf. 1076.) is.
4. Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a Biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítése.
5. Tudomással bírok arról, hogy a Biztosító önkéntes és kifejezett hozzájárulásommal a különleges – egészségügyi – adataimat is kezelheti az Adatkezelési tájékoztatójában említett célból, az ott leírtak szerint a biztosítási jogviszony fennállásának tartama alatt, valamint azt követően addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. Az Adatkezelési tájékoztató a www.union.hu/adatvedelem weboldalon érhető el. **Kijelentem, hogy önkéntesen, kifejezetten** hozzájárulok ahhoz, hogy:
 - a Biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat a Biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.
 - azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljártak, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a Biztosítóhoz továbbítják. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában **felmentem a titoktartási kötelezettség alól** az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ igénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki!

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi fentebb megjelölt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ területi iroda bélyegzője és átvevő aláírása