

Kötvényszám (szerződésszám): 72279426

Biztosítás kezdete: 2017. április 1.

Módozat neve: UNION-Kompakt MOK Önkéntes csoportos élet- és balesetbiztosítás

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Magyar Orvosi Kamara** Székhely: **1068 Budapest, Szondi u. 100.**

Biztosított adatai

Biztosított/Sérült neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

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

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

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

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Számlatulajdonos neve: _____

Jogosultsága:

MOK tagja / MOK – MOK Komplex alkalmazottja, partnere

MOK tagjának / MOK – MOK Komplex alkalmazottjának, partnerének hozzátartozója:

Házastárs Élettárs Közeli hozzátartozó Örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ biztosított aláírása

_____ igénybejelentő / szerződő aláírása, bélyegző, azonosító okmány száma

A biztosított halála esetén a biztosítási összeg felvételére jogosult kedvezményezett adatai

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

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

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 aláhúzó)

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

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): _____

A baleset során más sérült-e, ha igen, kérjük a nevét és TAJ számát: _____

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 / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki! A megfelelő helyen így jelölje!

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

Kérjük minden esetben a tagsági igazolvány másolatát vagy a tagsági igazolást csatolni és x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

csonttörés, csontrepedés, égés

Benyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– röntgen lelet másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti kórházi napi térítés (1-60 napra)

baleseti műtéti térítés

Benyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti maradandó egészségkárosodás (20-100%)

Benyújtandó iratok: – az összes orvosi ellátás dokumentum másolata

bármely okú halál

baleseti halál

közlekedési baleseti halál

Benyújtandó iratok: – halotti anyakönyvi kivonat másolata
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata
– az örököszt megállapító közjegyzői okirat másolata (ha a kedvezményezett a törvényes örökös)
– a rendőrségi nyomozást megszüntető határozat másolata

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 vállalok 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 (fax: (+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. 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 eljárak, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a biztosítóhoz továbbítsák. 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 kedvezményezett, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

területi iroda bélyegzője és átvevő aláírása