



## VÉGLEGES MUNKAKÉPESSÉG-CSÖKKENÉS ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ VÉDELMEZŐ, MENTŐÖV 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](http://www.groupama.hu/irjon-nekunk) felületen. Adatkezeléssel kapcsolatos bővebb információk a: [https://www.groupama.hu/hu/Jogi\\_es\\_adatvedelmi\\_nyilatkozat/Jog\\_es\\_adatvedelem.html](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