

# MUNKANÉLKÜLISÉG BIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu  
Telefon : +36 1 372 30 90 (hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

## „BALESETI HALÁL ESETÉN”

A Biztosítóttról szerzett információ biztosítási titoknak minősül, ezt a CORIS MAGYARORSZÁG Kft., illetve a Biztosító kizárólag a kárrendezés céljából dolgozza fel.

### 1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K \_\_\_\_\_

Biztosított neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Személyi igazolvány szám: \_\_\_\_\_

### 2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

A baleset időpontja: év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_. A halál beálltának időpontja: év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.  
A halál oka: Baleset  Betegség

Írja le röviden hol, milyen körülmények között történt a baleset: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A baleset kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása? Igen  Nem

### 3 A BIZTOSÍTOTT HÁZIORVOSÁNAK ADATAI

Az elhunyt háziorvosának a neve: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

### 4 IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI (megnevezett Kedvezményezett, vagy törvényes örökös)

Igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Levelezési címe: \_\_\_\_\_

### 5 IGÉNYBEJELENTŐ NYILATKOZATA

Kijelentem, hogy a káresemény bekövetkezésére, annak okaira vonatkozóan közölt válaszaim, a megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szándékosan hamis, valótlan információ közzlése vagy információ elhallgatása, tévesen történő megadása polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után.

Jelen Szolgáltatási Igénybejelentő aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosítási szerződés keretén belül az Ügyintéző az adataimat kezelje.
- a káresemény kapcsán az Ügyintéző az egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából kezelje és azokat a kárrendezési dokumentumokkal együtt nyilvántartsa.
- az Ügyintéző a jelen káreseménnyel kapcsolatban a munkáltatómat, az ügyemben hatáskörrel rendelkező és / vagy illetékes munkaügyi központot vagy kirendeltséget megkeresse, egyúttal kifejezetten felmentem ezen intézményeket a titoktartási kötelezettség alól és azokat felhatalmazom arra, hogy az Ügyintéző részére a biztosítási eseménnyel kapcsolatos mindennemű adataimat továbbítsa.
- az Ügyintéző a kezelőorvosaimat megkeresse, és a kezelőorvosaimat kifejezetten felhatalmazom, hogy egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából az Ügyintézőnek átadják.
- az Ügyintéző a személyazonosító igazolványom, valamint lakcímkártyám mindkét oldaláról és a kárrendezéshez szükséges egyéb irataimról a kárrendezési eljárás lefolytatása céljából másolatot készítsen, vagy az általam készített másolatokat kezelje és felhasználja. A személyi igazolványom és lakcím kártyám (ha van) a másolatát oly módon, hogy a magyar állampolgár ügyfél családi és utóneve (születési neve), lakcíme, állampolgársága, azonosító okmányának száma és típusa, születési helye és ideje megállapítható legyen a személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolványon található fénykép és aláírás, továbbá a lakcímet igazoló hatósági igazolványon található személyi azonosító kitarásával.
- az Ügyintéző a kiszervezett biztosítási tevékenység keretében a vele szerződéses kapcsolatban álló, és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartó szakértőnek, gazdálkodó szervezetnek átadja. A Biztosító a biztosítási eseménnyel kapcsolatosan bekért és a szerződés megkötése folytán rendelkezésre álló személyes adatokat az egyes szolgáltatási igények kapcsán fellépő orvosi szakkérdések tisztázása és véleményezése okán az e célból megbízási szerződéssel rendelkező orvosszakértő (SOTE Igazságügyi és Biztosítás Orvostani Intézet Igazgatója) részére adja át az Infotv. 20. §. (2) bekezdése alapján.
- Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az Ügyintéző az adatokat az AXA France IARD (69439 Lyon Cedex 03, 90 Avenue Felix Faure, France,) a kárigény elbírálása és az abban történő döntéshozatal céljából átadja.

**MUNKANÉLKÜLISÉG BIZTOSÍTÁS  
SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ**

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu  
Telefon : +36 1 372 30 90 (hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

**„BALESETI HALÁL ESETÉN”**

**Egészségügyi állapottal összefüggő adatokra és titoktartás alóli felmentésre  
vonatkozó nyilatkozat**

A Biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, 158/A.§-ban, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa.

Egyúttal a Biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. Ezen felül a Biztosított felhatalmazza azokat a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat, amelyek a szerződéssel kapcsolatos ügyekben eljárak, hogy a szerződés kezeléséhez és a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a Biztosító felé továbbítsák. A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, Ügyfeleivel, volt Ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

Alulírott Biztosított hozzájárulok, hogy a Biztosító az általa megbízott, illetve az orvosi vizsgálatot elvégző egészségügyi szolgáltatónak a kockázat elbíráláshoz szükséges orvosi vizsgálat megszervezése és elvégzése érdekében a hozzám kapcsolódó biztosítási ajánlat sorszámát, illetve a következő személyes adataimat: név, lakcím, születési idő, TAJ szám átadja. Alulírott Biztosított tudomásul veszem, hogy a biztosító és az egészségügyi szolgáltató postai úton is továbbíthatja egészségügyi adataimat. Alulírott Biztosított kijelentem, hogy a fent leírt adatátadás tekintetében a Biztosítót felmentem a biztosítási titoktartási kötelezettsége alól. A Biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a Biztosított viseli. A Biztosító a biztosítási eseménnyel kapcsolatosan bekért és a szerződés megkötése folytán rendelkezésre álló személyes adatokat az egyes szolgáltatási igények kapcsán fellépő orvosi szakkérdések tisztázása és véleményezése okán az e célból megbízási szerződéssel rendelkező orvosszakértő (SOTE Igazságügyi és Biztosítás Orvostani Intézet Igazgatója) részére adja át az Infotv. 20. §. (2) bekezdése alapján.

Kelt, dátum:

Igénybejelentő aláírása:

**KÉRJÜK, CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ KÉT OLDALÁT KÜLDJE EL RÉSZÜNKRE.  
JELEN ÚTMUTATÓ SEGÍT ÖNNEK AZ IGÉNYBEJELENTÉSSEN.**

**IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ**

# MUNKANÉLKÜLISÉG BIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu  
Telefon : +36 1 372 30 90 (hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

## „BALESETI HALÁL ESETÉN”

- ☐ Kérjük, nyomtatott betűvel, jól olvashatóan töltsön ki minden mezőt.
- ☐ Jelen igénybejelentő csak egy Biztosított adatait tartalmazhatja.
- ☐ Kérjük, csatolja a következőket:
  - A Biztosított összes érvényes munkaszerződését, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt:
    - Visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan.
    - A Csatlakozási Nyilatkozat aláírását követő időszaktól a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
  - A Biztosított Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettségét igazoló okmány másolatát.
  - A szerződés megkötésekor bejelentett, illetve a kár előtti évfordulót megelőző Havi Nettó Jövedelmet igazoló három bérjegyzék másolatát (vagy a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró nettó bér igazolását).
  - A Kedvezményezett és a Biztosított (eltérő személyek esetén) személyi igazolványa és lakcím kártyája (ha van) mindkét oldalának a másolatát oly módon, hogy a magyar állampolgár ügyfél családi és utóneve (születési neve), lakcíme, állampolgársága, azonosító okmányának száma és típusa, születési helye és ideje megállapítható legyen a személyazonosság igazolására alkalmas hatósági igazolványon található fénykép és aláírás, továbbá a lakcímet igazoló hatósági igazolványon található személyi azonosító kitarakásával.
  - A Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát.
  - Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halál okának megjelölésével.
  - Boncolási jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
  - Külföldön és kórházon kívül bekövetkezett hirtelen halál esetén boncolási jegyzőkönyv. A boncolás költségét ilyen esetben a Biztosító téríti.
  - A toxikológiai vizsgálatok (vér-vizeletalkohol, vér-vizelet drog-toxikológiai vizsgálat) eredményének másolata (ha készült).
  - Közlekedési, ill. munkabaleset esetén eredeti rendőrségi / munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
  - Amennyiben a Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, eljárást lezáró határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy azösszecszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).
  - A Biztosítási Esemény bekövetkeztének időpontjától a balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot. A Biztosító, illetve az Ügyintéző az adatkezelés jogszerűsége érdekében kizárólag az adott konkrét biztosítási eseménnyel kapcsolatos igény megalapozottságának vizsgálatához, mint adatkezelési célhoz elengedhetetlenül szükséges orvosi dokumentumokat kéri be az érintettektől, a NAIH vonatkozó állásfoglalása alapján.
  - A Biztosított által gépjármű vezetése során elszenvedett közlekedési baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedélye mindkét oldalának másolatát.
  - Amennyiben a Kedvezményezett jelölés nem történt, csatolni szükséges a jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát is.
  - Abban az esetben, ha a Biztosított a szerződéskötéskor vagy a szerződés tartama alatt jelezte, hogy rendelkezik hitel vagy lízing szerződéssel, akkor a hitel- vagy lízingszerződés másolatát.
  - Fentiekben túlmenően részletezettekén túlmenően, a Biztosító, vagy Ügyintéző jogosult bekérni minden olyan egyéb iratot amely a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesnek tart.
- ☐ Kérjük, írja alá a jelen igénybejelentőt és a kelt, dátum mezőt is pontosan töltsse ki.
- ☐ Javasoljuk, tartson meg minden dokumentumról egy másolati példányt.
- ☐ Felmerülő kérdés esetén az Ügyintéző munkatársai készséggel állnak az Ön rendelkezésére, elérhetőségeik valamelyikén.

---

**AZ IGÉNYBEJELENTŐT AZ ALÁBBI CÍMRE POSTÁZZA**

**CORIS MAGYARORSZÁG Kft.**  
**1096 Budapest**  
**Haller u. 2.**