

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 30 73

„KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉN”

1/3 oldal

A Biztosítotról 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: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő:

Számlatulajdonos neve: _____

□ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

Az Ön munkáltatójának pontos neve: _____

Címe: _____ Tel: _____

Keresőképtelenség első napja: év _____ hónap _____ nap _____.

Keresőképtelenség oka? Betegség Baleset

Betegség esetén töltendő ki:

Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állapotban? Igen Nem

Amennyiben kórházi kezelés is történt kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve, címe és telefonszáma: _____

Baleset esetén töltendő ki:

A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.

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

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

3 A BIZTOSÍTOTT 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 mindenemű 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.
- az Ügyintéző a kiszervezett biztosítási tevékenység keretében a velem szerződéses kapcsolatban álló, és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartó szakértőnek, gazdálkodó szervezetnek átadja.
- 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 30 73

„KERESŐKÉPTELENSÉG 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 beszeresse 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.

Kelt, dátum:

Biztosított aláírása:

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 30 73

„KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉN”

MÁSODIK OLDAL: A BIZTOSÍTOTT KEZELŐORVOSA TÖLTI KI!

1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K_____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Születési dátum: év _____ hónap _____ nap _____

Lakcím: _____

2 A KERESŐKÉPTELENSÉG LEÍRÁSA

Keresőkép telenség első napja: év _____ hónap _____ nap _____

Keresőkép telenség oka? Betegség Baleset

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

Jelenlegi tünetek, ill. a diagnózis leírása: _____

A kezelés leírása (a felírt kezelések/gyógyszerek megnevezése, ill. az alkalmazás pontos dátumai): _____

A kezelt betegség első diagnózisának dátuma: év _____ hónap _____ nap _____

A Biztosított volt-e már betegállományban a jelen betegállományt indokoló betegség vagy baleset miatt? Igen Nem

Ha igen, a pontos időtartam(ok): _____

A Biztosított kapott-e már orvosi, műtéti vagy gyógyszeres kezelést a jelen betegállományt indokoló betegség vagy baleset miatt? Igen Nem

Ha igen, a kezelések pontos időtartama: _____

A Biztosított jelenlegi egészségi állapota engedi-e, hogy újból munkába álljon?

- Igen, a Biztosított keresőképes és dolgozik a következő dátumtól: év _____ hónap _____ nap _____
- Igen, a Biztosított már keresőképes lesz a következő dátumtól: év _____ hónap _____ nap _____
- Nem. A betegállomány várható teljes időtartama az első naptól számítva: Kb. _____ naptári nap

Várható-e, hogy a Biztosítottnál az OEP maradandó egészségkárosodást állapítson meg? Igen Nem

Ha igen, mikor várható, hogy az egészségkárosodás kialakultnak, stabilnak tekinthető? év _____ hónap _____ nap _____

Kiegészítő megjegyzések: _____

Dátum: _____

A kezelőorvos aláírása:

A kezelő orvos pecsétje:

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 30 73

„KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉN”

**KÉRJÜK, CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ MINDHÁROM OLDALÁT KÜLDJE EL RÉSZÜNKRE.
JELEN ÚTMUTATÓ SEGÍT ÖNNEK AZ IGÉNYBEJELENTÉSBEN.**

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

Teendők igénybejelentéskor:

- Kérjük, nyomtatott betűkkel, 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 Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolatát.
 - 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.
 - Munkáltatói igazolást, amely igazolja a fennálló Munkaviszonyt / Jogviszonyt.
 - Keresőképtelenségi igazolás(ok) („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” és az „Orvosi igazolás folyamatos Keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatványok) másolatát, *ez utóbbi dokumentum havi szintű bemutatása feltétele a havi szolgáltatási összeg Biztosító általi kifizetésének.*
 - A Biztosítási Esemény időpontjától a balesettel vagy betegséggel kapcsolatosan keletkezett valamennyi orvosi dokumentumot.
 - Ha történt kórházi ápolás: a kórházi zárójelentés minden oldalának másolatát.
 - A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozatát a Biztosítási Esemény háttérében álló / alapjául szolgáló alapbetegség(ek) megnevezésével, ill. első diagnosztizálásuk pontos időpontjával.
 - A Biztosított által gépjármű vezetése során elszenvedett közlekedési baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedélye mindkét oldalának másolatát.
 - A toxikológiai vizsgálatok (vér-vizeletalkohol, vér-vizelet drog-toxikológiai vizsgálat) eredményének másolata (ha készült).
 - Közlekedési vagy munkahelyi baleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
 - Fentiekben túlmenően részletezetteken 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.

Az Ügyintéző: CORIS MAGYARORSZÁG Kft.