

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu
Telefon : +36 1 372 30 00(hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

„MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉN”

A Biztosítottról 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

A munkaviszonyt felmondó munkáltatójának pontos neve: _____

Címe: _____ . Tel: _____

Mikor szűnt meg a munkaviszonya (felmondólevélen megjelölt dátum)? év _____ hónap _____ nap _____.

Megszűnés módja: *Munkáltatói rendes felmondás* *Egyéb:* _____

Mikor vette át a felmondólevelet? év _____ hónap _____ nap _____.

Milyen időtartamra szóló munkaviszonnyal rendelkezett? *Határozott* *Határozatlan*

Munkaviszony kezdete az utolsó munkáltatójánál: év _____ hónap _____ nap _____.

Munkaviszony vége az utolsó munkáltatójánál: év _____ hónap _____ nap _____.

Munkaviszonya próbaidő alatt szűnt meg? *Igen* *Nem*

Mikor regisztrálta magát munkaügyi központban? év _____ hónap _____ nap _____.

Munkaügyi központ neve: _____

Címe: _____ . Tel: _____

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 közlése 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.
- 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.

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu
Telefon : +36 1 372 30 00(hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

„MUNKANÉLKÜLISÉG 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.

Kelt, dátum:

Biztosított aláírása:

1/2 oldal

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

CORIS Magyarország Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@coris.hu
Telefon : +36 1 372 30 00(hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: +36 1 372 3073

„MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉN”

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

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

Teendők kárbejelentéskor:

- Kérjük, nyomtatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden mezőt.
- Jelen igénybejelentő csak egy Biztosított adatait tartalmazhatja.
- Kérjük, csatolja a következőket:

A szerződéskötési feltételeket igazoló dokumentumokat:

- 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.

A Biztosítási Eseményt igazoló dokumentumokat:

- A Munkaviszony megszűnésére vonatkozó munkáltatói rendes felmondás minden oldalának másolatát.
 - A Munkáltató előzetes nyilatkozatát / tájékoztatását a Munkaviszony / Jogviszony későbbi időpontra történő megszűnésére vonatkozóan.
 - A Munkáltató által cégszerűen aláírt nyilatkozatot a Biztosítási Eseménynek tekintett Munkaviszony megszűnésének részletes okairól (amennyiben a munkáltatói rendes felmondás ezen okot/okokat nem tartalmazza)
 - Az illetékes Munkaügyi Központ határozatát a Biztosított munkanélküli állományba vételéről.
 - Az illetékes Munkaügyi Központ határozata álláskeresői járadék megállapításáról.
- 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.

2/2 oldal