

**VÉGLEGES MUNKAKÉPESSÉG CSÖKKENÉS ESETÉRE VONATKOZÓ
SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ****1. A biztosított és a hitel adatai**

- a. Biztosított neve: _____
- b. Születési név: _____
- c. Születési idő: _____ . _____ . _____ .
- d. Hitelszerződés aláírásának dátuma: _____ . _____ . _____ .
- e. Hitelszerződés száma: _____
- f. Hitel típusa: folyószámlahitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog személyi kölcsön egyéb: _____
- g. A hitel devizaneme: deviza alapú hitel forint alapú hitel
- h. A biztosításba bevont folyószámla száma: _____ - _____ - _____

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. Betegségekre 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, 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 biztosított házi orvosának adatai

- a. A biztosított házi orvosának neve: _____
- b. Címe: _____
_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- c. Telefonszáma: _____

6. Az igénybejelentő adatai

a. Az igénybejelentő neve: _____

b. Levelezési címe: _____
_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

c. Telefonszáma: _____ munkahelyi telefon: _____

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 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 Bit. 138-141.§-ában, valamint 149.§-ában 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.

Biztosított: hozzájárulok

Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a

szolgáltatási igényem elbírálásához a Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, Kárrendezési Osztály – 1380 Budapest, Pf. 1049 címre vagy leadnom a Groupama Biztosító bármelyik ügyfélszolgálati irodájában:

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal egészségi állapot mértékét megállapító határozat másolata.
- Amennyiben a munkaképesség csökkenésének oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata.

Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését a kedvezményezett hitelt nyújtó pénzügyi intézmény részére.

Tudomásul veszem, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Kelt: _____, _____. _____.

igénybejelentő aláírása