Groupama Biztosító

Az OTP Csoport partnere

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESET ESETÉRE

Szerződésszám:

Biztosítási termék neve:

(Törlesztési/Mentőöv/Védelmező/Vállalkozói Védelmező biztosítások esetén a biztosítási csomag nevét is kérjük feltüntetni.)

Védelmező, Vállalkozói Védelmező, Mentőöv biztosítás esetén

A biztosításba bevont folyószámla száma:

– –

(A biztosított OTP Banknál vezetett folyószámlaszáma, melyről a biztosítási díjat fizeti.)

Törlesztési biztosítás esetén

Hitelszerződéshez kapcsolódó bankszámla száma:

– –

Hitel típusa: ☐ folyószámlahitel ☐ hitelkártya ☐ gépjárműhitel ☐ jelzálog ☐ személyi kölcsön
☐ babaváró kölcsön ☐ munkáshitel ☐ egyéb:

1. A biztosított adatai

a. Név:

b. Születési név:

c. Születési hely, idő: , . . .

d. Anyja neve:

e. Állandó lakcím:

út, utca, tér szám emelet ajtó

2. Balesettel kapcsolatos információk

a. A baleset ideje, helye: . . .,

b. A baleset rövid leírása:

c. Indult-e a balesettel kapcsolatban hatósági eljárás? ☐ igen ☐ nem

d. Az eljáró hatóság neve:

e. Volt-e már előzőleg sérülés a most sérült testrészen? ☐ igen ☐ nem

3. Adatok a kórházi ápolás, műtéti támogatás esetére (az ügyfél tölti ki)

a. Kórházi ápolás kezdete: . . .

b. Kórházi ápolás vége: . . .

c. Kórházi ápolási napok száma:

d. Kórházi ápolás oka:

e. A műtét ideje, megnevezése: . . .

f. A kórház (intézmény) neve:

g. A kórház (intézmény) címe:

út, utca, tér szám emelet ajtó

Groupama Biztosító Zrt. – 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Nyomtatványszám: 18384/2

4. Adatok baseti eredetű egészségkárosodás (rokkantság) esetén

a. Az egészségkárosodást okozó sérülés megnevezése: _____

b. Jelen balesetével kapcsolatban nyújtott-e be korábban kárigényt társaságunkhoz?

☐ igen, _____. _____. _____. ☐ nem

Amennyiben rendelkezik szakvéleménnyel

c. Az arra illetékes rehabilitációs szerv szerinti egészségkárosodás oka: _____

d. Az arra illetékes rehabilitációs szerv határozata alapján a rokkantsági ellátásra való jogosulttá válás időpontja:

_____. _____. _____.

e. Az egészségi állapot százalékos mértéke: _____ % *(Ha az egészségkárosodás (rokkantság) mértéke 20%, az 80%-os egészségi állapotot jelent.)*

5. Adatok keresőképtelenség esetére (az ügyfél tölti ki)

a. Keresőképtelenség kezdete: _____. _____. _____.

b. Keresőképtelenség vége: _____. _____. _____.

c. Keresőképtelenség oka: _____

_____

6. Az igénybejelentő adatai

a. Az igénybejelentő neve: _____

b. Levelezési címe: _____ _____

_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

c. Telefonszáma: _____ _____

d. E-mail címe: _____

(Az e-mail cím és telefonszám megadása önkéntes, de egyszerűbbé teszi a kapcsolatfelvételt.)

7. Szolgáltatási összeg kifizetésére vonatkozó adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Az összeg banki utalását kérem:

Számlaszám: _____ - _____ - _____

Számlatulajdonos neve: _____

(Törlesztési és Mentőöv biztosítások esetén a szolgáltatási összeg a hitelszerződéshez kapcsolódó számlaszámra/a biztosított OTP Banknál vezetett, a biztosításhoz tartozó folyószámlaszámra kerül kifizetésre!)

b. 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 vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, illetve a biztosítotti jogviszony létrejöttével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja.

Hozzájárulok ☐

Tájékoztatjuk, hogy a szolgáltatási igény bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a szolgáltatási igény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján (www.groupama.hu), valamint ügyfélpontjain elérhető adatkezelési tájékoztató, továbbá babaváró kölcsönhöz kapcsolódó törlesztési biztosítás esetén a biztosító honlapján (www.groupama.hu) és az OTP Bank honlapján (www.otpbank.hu) elérhető közös adatkezelésről szóló tájékoztató tartalmazza.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához a vonatkozó szerződési feltételekben szereplő dokumentumokat kérheti be.

Az igénybejelentéssel egyidejűleg benyújtott dokumentumok:

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 felületen.

Adatkezeléssel kapcsolatos bővebb információk a: https://www.groupama.hu/hu/Jogi_es_adatvedelmi_nyilatkozat/Jog_es_adatvedelem.html linken olvashatók.

Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését a biztosítási feltételekben rögzítettek alapján.

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

Kelt: _____, _____. _____. _____.

_____

igénybejelentő aláírása