



Biztosító

VÉGLEGES MUNKAKÉPESSÉG CSÖKKENÉS ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

1. A biztosított és a hitel adatai

- a. Biztosított neve: _____
- b. Születési név: _____
- c. Születési idő: _____. _____. _____. d. A hitelt folyósító bank neve: OTP Bank Nyrt./OTP Jelzálogbank Zrt.
- e. Hitelszerződés aláírásának dátuma: _____. _____. _____.
 f. Hitelszerződés száma: _____
- g. Hitel típusa: folyószámlahitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog személyi kölcsön egyéb: _____
- h. A hitel devizaneme: deviza alapú hitel forint alapú hitel
- i. 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. Betegségre 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 háziorvosának adatai

- a. A biztosított háziorvosának 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. Ezen nyilatkozatommal **felmentem** az engem valaha is kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket a Groupama Garancia Biztosító Zrt-vel szembeni titoktartási kötele-

zettségük alól és egyben **felhatalmazom** őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a biztosító részére történő továbbítására.

Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a szolgáltatási igényem elbírálásához a Groupama Garancia Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, Rapid Ügyek Osztálya – 1380 Budapest, Pf. 1049

címre vagy a lakóhelyhez legközelebbi Groupama Garancia Biztosító ügyfélszolgálati irodába:

- 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.

Kelt: _____, _____. _____. _____.

igénybejelentő aláírása