

KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ MENTŐÖV ÉS TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁSOKHOZ

1. A biztosított adatai

- a. Név: _____
- 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: áruhitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog személyi kölcsön egyéb: _____
- h. A hitel devizaneme: deviza alapú hitel forint alapú hitel
- i. Biztosításba bevont folyószámla száma (Mentőöv biztosítás esetén):
_____ - _____ - _____
- j. Vállalkozói státusz a biztosítási esemény kezdetekor (Hitelkártya Törlesztési Biztosítás esetén): nem vállalkozó vállalkozó

2. A biztosítási eseményre vonatkozó adatok

- a. A keresőképtheleenség első napja: _____. _____. _____.
- b. A keresőképtheleenség oka: betegség baleset
- c. A keresőképtheleenség kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású, illetve toxikus szer fogyasztása? igen nem

3. Betegségre vonatkozó adatok (betegségből eredő keresőképtheleenség esetén töltendő ki)

- a. Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképthelelen állományban? igen nem
- b. Amennyiben igen, pontosan mikor: _____. _____. _____.; mennyi ideig: _____
- c. Amennyiben kórházi kezelés is történt hol és ki kezelte Önt?
- c/1. Kórház neve: _____
- c/2. Kórház címe: _____
_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- c/3. Kezelőorvos neve: _____
- c/4. Egyéb: _____

4. Balesetre vonatkozó adatok (balesetből eredő keresőképtheleenség esetén töltendő ki)

- 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. **Ezen nyilatkozatommal felmentem** az engem valaha is kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket a Groupama Biztosító Zrt-vel szembeni titoktartási kötelezettségük alól, és egyben **felhatalmazom** őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a biztosító részére történő továbbítására.

Folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást **havonta el kell küldenem** a Groupama Biztosító Zrt. részére az 1380 Budapest, Pf. 1049 címre.

Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a szolgáltatási igény elbírálásához a Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, Rapid Ügyek Osztálya, 1380 Budapest, Pf. 1049 címre vagy leadnom a lakóhelyemhez legközelebbi Groupama Biztosító ügyfélszolgálati irodában.

- „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” igazolás másolata (folyamatos keresőképtelenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni).
- A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnózisának megnevezését és kódját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás.
- Amennyiben kórházi ápolás is történt, akkor a

zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata.

- A Csatlakozási Nyilatkozat másolata (írásbeli csatlakozás esetén).
- Az utolsó Módosítási Nyilatkozat másolata (ha volt módosítás).
- Vállalkozó esetén: igazolás az egyéni vállalkozóról és az egyéni cégről szóló törvény szerinti egyéni vállalkozói tevékenység nyilvántartásba vételéről, vagy olyan dokumentum másolata, amely a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló törvény által meghatározott vállalkozói státuszt igazolja.

Kérem a biztosítási szolgáltatás kifizetését a kedvezményezett, hitelt nyújtó pénzügyi intézmény részére a biztosítási feltételekben rögzítettek alapján. **Tudomásul veszem**, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Kelt: _____, _____.

igénybejelentő aláírása