

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

SZERZŐDŐ: Audi Hungária Független Szakszervezet	Érkeztetés:
--	--------------------

Biztosított neve, születéskori név is:	Születési helye, ideje:	Anyja neve:
Lakcíme:	Törzsszám:	Telefon:
Milyen módon kéri a kárösszeg kifizetését? Postai utalvány <input type="checkbox"/> Banki átutalás <input type="checkbox"/>		
Postai utalvány esetén utalási cím:		
Banki utalás esetén bankszámlaszám: _____ - _____ - _____		

Szolgáltatás fajtája (a megfelelő megjelölendő):	
Baleseti haláleset <input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség <input type="checkbox"/> 14 vagy 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Egyéb:	Csonttörés, csontrepedés <input type="checkbox"/> Betegségi keresőképtelenség <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi ápolás <input type="checkbox"/> Égési sérülés <input type="checkbox"/>
Biztosítási esemény (haláleset, baleset, betegség) oka (betegség pontos diagnózisa, baleset részletes leírása), időpontja:	
Baleset esetén: Hol történt az első kezelés, és ki végezte? Történt-e hatósági vizsgálat?* igen / nem Rendőrkapitányság részéről* igen / nem (* a megfelelő aláhúzendő)	

Munkáltatói igazolás:	
Alulírott, mint erre hivatalosan jogosult ezúton igazolom, hogy fent nevezett biztosított a Audi Hungaria Zrt. -vel munkaviszonyban áll és keresőképtelen állományban volt összesen _____ naptári napon keresztül. A keresőképtelenség kezdete: _____ év __ hó __ nap A keresőképtelenség vége: _____ év __ hó __ nap A keresőképtelenség kódja: Üzemi baleset (1), foglalkozási megbetegedés (2), közúti baleset (3), egyéb baleset (4), beteg gyermek ápolása (5), terhesség-szülés miatti keresőképtelenség (6), közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltás, hatósági elkülönítés (7), egyéb keresőképtelenség (8), veszélyeztetett terhesség miatti keresőképtelenség (9)	
Kelt: _____, _____ év __ hó __ nap	P.H.

Munkáltató aláírása	

Csatolt dokumentumok (a megfelelő bejelölendő):
<input type="checkbox"/> halotti anyakönyvi kivonat, halálessettel kapcsolatos teljes körű orvosi dokumentáció <input type="checkbox"/> betegség diagnosztizálására, kezelésére vonatkozó orvosi dokumentumok <input type="checkbox"/> kórházi zárójelentés, műtéti leírás <input type="checkbox"/> orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről <input type="checkbox"/> baleseti sérülés esetén: a sérülést és annak következményeit dokumentáló hatósági és orvosi igazolások; <input type="checkbox"/> egyéb dokumentumok-a káresemény igazolásával, a kárkifizetéssel összefüggő okiratok (így többek között: orvosi igazolások, boncolási jegyzőkönyv, halottvizsgálati bizonyítvány, orvosi igazolás arról, hogy a sérült testrészt korábban sérült volt-e vagy nem) éspedig.....

<p>Hozzájárulok ahhoz, hogy az Intellect- 2001 Befeketési és Biztosításközvetítő Kft.- mint az igénybejelentés alapjául szolgáló biztosítási szerződés közvetítője - illetve a szerződő minden, a kártérítési szolgáltatással kapcsolatos információt megismerhessen. Az alkuusz adatkezelésének célja, hogy a kárrendezés során a kapott felhatalmazás alapján közreműködjön a biztosítási szerződésből eredő jogok és kötelezettségek teljesítésében, lebonyolításában.</p> <p>Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a kárrendezési eljárás során a fenti célból a kárrendezéshez szükséges mértékben egészségügyi adataim is átadásra kerüljenek az alkuusz illetve a szerződő részére.</p> <p>A Biztosító adatkezelésére vonatkozó tájékoztatást az Általános adatkezelési Információk elnevezésű dokumentum tartalmazza, amely elérhető a Biztosító honlapján, a Jogi és adatvédelmi nyilatkozat menüpontban (https://www.groupama.hu/hu/Jogi_es_adatvedelmi_nyilatkozat/Jog_es_adatvedelem.html)</p> <p>Tudomásul veszem, hogy az alkuusz adatkezelésére az alkuusz által adott tájékoztatás irányadó.</p>

Kelt: _____, _____ év __ hó __ nap

Igénylő / Bejelentő aláírása
(a megfelelő aláhúzendő)