

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

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

Biztosított neve, születés kori név is:	Születési helye, ideje:	Anyja neve:
Lakcíme:	Törzsszám:	Telefon:
A számlavezető pénzüintézet neve:		
Bankszámlaszám:		
_____ - _____ - _____		

Szolgáltatás fajtája (a megfelelő megjelölendő):		
<input type="checkbox"/> Csonttörés, csontrepedés	<input type="checkbox"/> Betegségi keresőképtelenség	
<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi ápolás	<input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség	
<input type="checkbox"/> 14 vagy 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés	<input type="checkbox"/> Égési sérülés	
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Baleseti haláleset	
Biztosítási esemény (haláleset, baleset, betegség) oka (betegség pontos diagnózisa, baleset részletes leírása), időpontja:		
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:	
<small>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 elközlítés (7), egyéb keresőképtelenség (8), veszélyeztetett terhesség miatti keresőképtelenség (9)</small>	
Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap	P.H.

Munkáltató aláírása	

Csatolt dokumentumok (a megfelelő bejelölendő):	
<input type="checkbox"/> betegség diagnosztizálására, kezelésére vonatkozó orvosi dokumentumok, kórházi zárójelentés, műtéti leírás	
<input type="checkbox"/> orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenség okára vonatkozóan (házi orvos által igazolva, vagy a www.eeszt.gov.hu oldalról letöltve)	
<input type="checkbox"/> baleseti sérülés esetén: a sérülést és annak következményeit dokumentáló hatósági és orvosi igazolások;	
<input type="checkbox"/> halotti anyakönyvi kivonat, halálesettel kapcsolatos teljes körű orvosi dokumentáció;	
<input type="checkbox"/> egyéb dokumentumok - a káresemény igazolásával, a kárkifizetéssel összefüggő okiratok (így többek között: orvosi igazolások, boncolási jegyzőkönyv, halottvizsgálati bizonyítvány)	
éspedig.....	
.....	

Hozzájárulok ahhoz, hogy az Intellect-2001 Befektetési és Biztosításközvetítő Kft. - mint az igénybejelentés alapjául szolgáló biztosítási szerződés közvetítője - illetve a szerződő minden, a kártérítési szolgáltatással kapcsolatos információt megismerhessen. Az alkusz adatkezelésének célja, hogy a kárrendezés során a kapott felhatalmazás alapján közreműködjön a biztosítási szerződésből eredő jogok és kötelezettségek teljesítésében, lebonyolításában.	
Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a kárrendezési eljárás során a fenti célból a kárrendezéshez szükséges mértékben egészségügyi adataim is átadásra kerüljenek az alkusz illetve a szerződő részére.	
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/jogi-es-adatvedelmi-nyilatkozat.html	
Tudomásul veszem, hogy az alkusz adatkezelésére az alkusz által adott tájékoztatás irányadó.	

Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap

Igénylő / Bejelentő aláírása
(a megfelelő aláhúzendő)