

Tisztelt Ügyfelünk!

**Fontos tájékoztató: Az Általános Biztosítási Feltételek szerint csak akkor nyújthat be igénybejelentőt, amennyiben:**

- 1. Munkaviszonya munkáltató által kezdeményezett rendes felmondás alapján szűnt meg.**
- 2. A Biztosítási Esemény bármelyik eleme (pl. tájékoztatás a felmondásról) a várakozási idő eltelte után történt.**

Felhívjuk figyelmét arra, hogy a munkanélküliségi kárterítés a Munkaügyi Központban történő regisztrálást, illetve a járandóság megállapítását követő 61. napon veszi hatályát, amennyiben Ön azon a dátumon a Munkaügyi Központban regisztrált munkanélküli. Ezért javasoljuk, mihamarabb keresse fel lakóhelye szerinti illetékes Munkaügyi Központot. Az előző hónapra vonatkozó kárterítés minden hónap elején történik, amennyiben a jelen nyomtatványon említett minden dokumentumot eljuttatott az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.-hez. A Biztosítotról szerzett információ biztosítási titoknak minősül, ezt az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft., illetve a Biztosító szigorúan a kárrendezés céljából dolgozza fel.

## 1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K \_\_\_\_\_

Biztosított neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Személyi igazolvány szám: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő :

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

□ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

## 2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

A munkaviszonyt felmondó munkáltatójának pontos neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ . Tel: \_\_\_\_\_

Mikor szűnt meg a munkaviszonya (felmondólevélen megjelölt dátum)? év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.

Megszűnés módja: *Munkáltatói rendes felmondás*  *Egyéb:* \_\_\_\_\_

Mikor vette át a felmondólevelet? év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.

Milyen időtartamra szóló munkaviszonnyal rendelkezett? *Határozott*  *Határozatlan*

Munkaviszony kezdete az utolsó munkáltatójánál: év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.

Munkaviszony vége az utolsó munkáltatójánál: év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.

Munkaviszonya próbaidő alatt szűnt meg? *Igen*  *Nem*

Mikor regisztrálta magát munkaügyi központban? év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_.

Munkaügyi központ neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ . Tel: \_\_\_\_\_

## 3 A BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA

Kijelentem, hogy a káresemény bekövetkezésére, annak okaira vonatkozóan közölt válaszaim, a megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szándékosan hamis információ közlése vagy információ elhallgatása, vagy tévesen történő megadása polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után. Hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosítási szerződés keretén belül az APRIL CEE Development Kft. az adataimat kezelje.
- a káresemény kapcsán az APRIL CEE Development Kft. az egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából kezelje és azokat a kárrendezési iratokkal együtt nyilvántartsa.
- az APRIL CEE Development Kft. a jelen káreseménnyel kapcsolatban a munkáltatómat, az ügyemben eljáró munkaügyi központot vagy kirendeltséget megkeresse, egyben felmentem ezen intézményeket a titoktartási kötelezettség alól és felhatalmazom arra, hogy az APRIL CEE Development Kft. részére a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimat továbbítsa.
- az APRIL CEE Development Kft. a kezelőorvosaimat megkeresse, és a kezelőorvosaimat felhatalmazom, hogy egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából az APRIL CEE Development Kft.-nek átadják.
- az APRIL CEE Development Kft. személyazonosító igazolványomról, lakcímkártyámról és a kárrendezéshez szükséges egyéb irataimról a kárrendezési eljárás lefolytatása érdekében másolatot készítsen, vagy az általam készített másolatokat kezelje.
- az APRIL CEE Development Kft. a kiszervezett biztosítási tevékenység keretében a velem szerződéses kapcsolatban álló, és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartó szakértőnek, gazdálkodó szervezetnek átadja.

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az APRIL CEE Development Kft. az adatokat az AXA France IARD S.A. biztosítónak (F-75009 Paris, Rue Drouot 26., France) feldolgozás és kárigeny elbirálása céljából átadja.

Nem járulok hozzá, hogy az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. az adataimat (Név, cím, telefonszám) továbbítsa egy személyzeti tanácsadásra szakosodott cég számára, azzal a céllal, hogy segítsenek számomra egy új állás keresésében.

Kelt, dátum:

Biztosított aláírása:

**CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ OLDALÁT KÜLDJE BE.  
JELEN OLDAL SEGÍT ÖNNEK A IGÉNYBEJELENTÉSHEZ SZÜKSÉGES LÉPÉSEK VÉGHEZVITELÉHEZ.**

## **IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ**

### **Teendők kárbejelentéskor:**

- Nyomtatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden kért mezőt.
- Jelen igénybejelentő csak egy biztosított adatait tartalmazhatja.
- Csatolja a következő dokumentumokat:

#### ***A szerződéskötési feltételeket igazoló dokumentumok:***

- Az összes érvényes munkaszerződést, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
- Amennyiben Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai végzettséget bejelentett a csatlakozási nyilatkozaton, a Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát. Amennyiben ez idegen nyelven került kiállításra, akkor ennek a magyar fordítását is. (Nem szükséges fordítás az angol, francia, spanyol, olasz, német nyelven kiállított okmányok esetében.)
- Abban az esetben, ha a Biztosított a szerződéskötéskor vagy a szerződés tartama alatt jelezte, hogy rendelkezik hitel vagy lízing szerződéssel, akkor a hitel- vagy lízingszerződés másolatát.
- A szerződés megkötésekor bejelentett, illetve a kár előtti évfordulót megelőző Havi Nettó Jövedelmet igazoló három bérjegyzék másolatát (vagy a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró nettó bér igazolását).
- A Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolatát.

#### ***A Biztosítási Eseményt igazoló dokumentumokat:***

- A Munkaviszony megszűnésére vonatkozó munkáltatói rendes felmondás igazolásának másolatát.
- A Munkáltató által cégszerűen aláírt nyilatkozatot a Biztosítási Eseménynek tekintett Munkaviszony megszűnésének részletes okairól (amennyiben a munkáltatói rendes felmondás ezen okot/okokat nem tartalmazza)
- Az illetékes Munkaügyi Központ határozatát a Biztosított munkanélküli állományba vételéről.
- Az illetékes Munkaügyi Központ határozata álláskeresői járadék vagy álláskeresői segély megállapításáról.

- Írja alá a jelen igénybejelentőt és a dátum mezőt is töltsse ki, illetve postázza az alábbi címre:

---

**APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.  
1062 Budapest  
Andrásy út 126.**

---

- Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
- Kérdés esetén fordulhat az APRIL szakembereihez a 06-1- 555 64 00 telefonszámon.

### **Teendők havonta a káresemény ideje alatt:**

- Küldje be az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. címére a következő dokumentumokat:
  - Az illetékes Munkaügyi Központ határozatát a Biztosított álláskeresőként történő regisztrálásáról, amely igazolja, hogy a Biztosított regisztrált álláskereső volt az előző hónap utolsó napján, vagy a Biztosítási esemény utolsó napján (amennyiben ez nem esik egyben az adott hónap utolsó napjával).
  - A bankszámla kivonat vagy postai csekk másolatát, amely igazolja a havi álláskeresői járadék vagy álláskeresői segély kézhezvételét, kivéve ha a Biztosítottnak az álláskeresői járadékra illetve álláskeresői segélyre vonatkozó jogosultsága már megszűnt.

Ezen dokumentumokat havonta kell küldeni a kárügyintézőnek, ez szükséges feltétele a havi biztosítási kártérítés kifizetésének.

**Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.**

**A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.**