

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 Biztosítottról 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 (felmondólevelén 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 vele 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 kárigény elbírálása 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:

APRIL MUNKANÉLKÜLISÉG BIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. • 1096 Budapest, Haller u. 2. • E-mail: info@april.hu
Telefon : 06-1-555 64 00 (hétfő 9 és 16 óra között, kedd-péntek 9 és 14 óra között) • Fax: 06-1-555 64 01

„MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉN”

**CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ OLDALÁT KÜLDJE BE.
JELEN OLDAL SEGÍT ÖNNEK A IGÉNYBEJELENTÉSHÉZ 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.
1096 Budapest
Haller u. 2.

- 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.