

„MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉN”

Tisztelt Ügyfelünk!

Felhívjuk figyelmét arra, hogy a munkanélküliségi kárterítés a Munkaügyi Központban történő regisztrálást, illetve a járandóság megallapítását követő 61. napon veszi hatályát, amennyiben Ön azon a dátumon a Munkaügyi Központban regisztrált munkanélküli. Ezért javasoljuk a mihamarabb keresse fel lakóhelye szerinti illetékes Munkaügyi Központot. A kárterítés minden hónap elején történik, amennyiben a jelen nyomtatványon említett minden dokumentumot eljuttott 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

Csatlakozási nyilatkozat sorszáma: _____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő :

□□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□□□

Számlatulajdonos neve: _____

Bank 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* *Munkáltatói rendkívüli felmondás*
Munkavállalói felmondás *Közös megegyezés*

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*

Megszűnés módja: _____

A csatlakozási nyilatkozat aláírását megelőző 6 hónapban folyamatosan rendelkezett munkaviszonnyal? *Igen* *Nem*

Mikor regisztrálta magát munkaügyi központban? év _____ hónap _____ nap _____.

Munkaügyi központ neve: _____

Címe: _____ . Tel: _____

3 A BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott valamennyi válaszom a valóságnak megfelel és teljes. Tudomásul veszem, hogy szándékosan hamis információ közlése vagy elhallgatása, szándékosan pontatlanul történő megadása egyéb polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után, különösen a Büntető Törvénykönyv szerinti pénzbüntetést és a szabadságvesztést.

Hozzájárulok, hogy az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. (mint a Biztosító Kárügyintézője) továbbítsa a jelen lapon szereplő információkat minden olyan személynek/szervnek, akinek a Kárügyintéző a kárrendezés szempontjából szükségesnek tartja.

Ezen nyilatkozatommal felmentem a munkáltatómat, a fent megnevezett munkaügyi központot és az engem kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.-vel (mint a Biztosító kárügyintézője) szembeni titoktartási kötelezettségük alól és egyben felhatalmozom őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a Kárügyintéző részére történő továbbítására.

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:

„MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉN”

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

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

- ☐ Nyomtatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden kért mezőt.
- ☐ Jelen kezelésbejelentő csak egy biztosított adatait tartalmazhatja.
- ☐ Csatolja a következő dokumentumokat:
 - Az összes érvényes munkaszerződést, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt:
 - Visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan.
 - A Csatlakozási Nyilatkozat aláírását követő időszaktól a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
 - A Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát.
 - Abban az esetben ha a Biztosított a szerződésalkötéskor vagy a szerződés tartama alatt jelezte, hogy rendelkezik hitel vagy lízing szerződéssel, akkor a hitel- vagy lízingszerződés másolatát.
 - A szerződés megkötésekor bejelentett Havi Nettó Jövedelmet igazoló három bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
 - A Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának (ha van) másolatát.
 - A Munkaviszony megszűnésére vonatkozó munkáltatói rendes felmondás igazolásának másolatát.
 - A Munkáltató által cégszerűen aláírt nyilatkozatot a Biztosítási Eseménynek tekintett Munkaviszony megszűnésének részletes okairól.
 - Az illetékes Munkaügyi Központ határozatát a Biztosított munkanélküli állományba vételéről. Ezt a dokumentumot el kell juttatni:
 - **Kárbejelentéskor**
 - **Havonta**, ha a Biztosított álláskeresői járadékra való jogosultsága már megszűnt, együtt a bizonyítékkal, hogy az illetékes Munkaügyi Hivatal összes kötelezettségét betartja egy új munkahely keresésére vonatkozóan. Ebben az esetben a Biztosított köteles mellékelni egy aláírt nyilatkozatot, mely szerint továbbra is munkanélküli és aktívan keres új munkahelyet.
 - Az illetékes Munkaügyi Központ határozata álláskeresői járadék vagy álláskeresői segély megállapításáról.
 - **Havonta** az eredeti bankszámla kivonatát vagy postai csekket, amely igazolja a havi álláskeresői járadék vagy álláskeresői segély kézhezvételét, kivéve ha a Biztosítottnak az álláskeresői járadékra illetve álláskeresői segélyre vonatkozó jogosultsága már megszűnt. Ezt a dokumentumot havonta kell küldeni az kárügyintézőnek, ez szükséges feltétele a havi biztosítási kártérítés kifizetésének.
- ☐ Írja alá a jelen igénybejelentőt és a dátum mezőt is töltsse ki.
- ☐ Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
- ☐ Kérdés esetén fordulhat az APRIL szakembereihez a 06-1- 555 64 00 telefonszámon.

AZ IGÉNYBEJELENTŐT AZ ALÁBBI CÍMRE POSTÁZZA

APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.
1062 Budapest
Aradi u. 8-10.

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.