

## Szolgáltatási igénybejelentő Egyéni baleset-, betegség-, életbiztosításhoz

Kötvényszám(ok): \_\_\_\_\_

**Biztosított adatai:**

Neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ e-mail címe: \_\_\_\_\_

Foglalkozása: \_\_\_\_\_

Munkahely neve, címe, telefonszáma: \_\_\_\_\_

**Szerződő adatai:** (Amennyiben a szerződő és a biztosított személy azonos, csak a biztosított adatait szükséges kitölteni!)

Szerződő neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím/Székhely címe\*: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ e-mail címe: \_\_\_\_\_

**Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) adatai:**

Neve: \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma, e-mail címe: \_\_\_\_\_

\* Jogi személy esetén

**Kérjük baleset esetén töltsse ki!**

Baleset időpontja: \_\_\_\_\_

Baleset helyszíne és a baleset körülményeinek leírása:

\_\_\_\_\_

A jelenleg sérült testrész volt-e megelőzőleg betegség következtében károsodott vagy baleset következtében sérült? Ha igen milyen mértékben? \_\_\_\_\_

Történt-e rendőri intézkedés? Ha igen, mely szervnél? \_\_\_\_\_

A balesetet követően történt-e véralkohol vizsgálat? Ha igen, hol és milyen eredménnyel? \_\_\_\_\_

**Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:** Baleseti maradandó rokkantság  Baleseti műtéti térítés Baleseti kórházi napi térítés  Csonttörés Égési sérülés**A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem:** (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!) A baleseti sérülés ellátásával kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, az első ellátás időpontjától az igénybejelentés időpontjáig (pl.: ambuláns lapok, kórházi zárójelentések) Rendőrhatósági jegyzőkönyv (ha készült)  Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült) Motoros baleset esetén, a motor hengerűrtartalmát igazoló irat (pl.: forgalmi engedély) ORSZI szakvélemény másolata  Egyéb iratok**Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálhatja el.****A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.**

## Kérjük betegség eredetű ellátások esetén töltsse ki!

Kórházi ápolás(ok) időtartama: \_\_\_\_\_

Műtéti beavatkozás időpontja (ha történt), vagy ambuláns ellátás időpontja: \_\_\_\_\_

Szenvedett-e korábban a jelenlegi betegségben? Ha igen, mikor?  
\_\_\_\_\_

### Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés | <input type="checkbox"/> Műtéti térítés                                       |                                |
| <input type="checkbox"/> Kritikus betegség    | <input type="checkbox"/> Maradandó rokkantság (csoportos biztosítások esetén) |                                |
| <input type="checkbox"/> Junior díjmentesítés | <input type="checkbox"/> Rokkantsági díjmentesítés                            | <input type="checkbox"/> Egyéb |

### A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem: (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A betegség diagnosztizálásával és kezeléseivel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata           |   |
| <input type="checkbox"/> Műtéti leírás másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés)                                  | <input type="checkbox"/> Kórházi tartózkodást igazoló zárójelentés másolata |
| <input type="checkbox"/> Szövettani eredmény másolata (ha van)   | <input type="checkbox"/> NRSZH/RSZSZ szakvélemény másolata                  |
| <input type="checkbox"/> A Kritikus betegségek esetére szóló biztosítás különös feltételeiben felsorolt egyéb dokumentumok |   |

**Tájékoztatjuk**, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.

## Kérjük haláleset esetén töltsse ki!

Halálozás időpontja: \_\_\_\_\_ Halálozás helye: \_\_\_\_\_

Mikor állították fel a haláleset okául szolgáló alapbetegség diagnózisát? \_\_\_\_\_

Baleseti halál esetén, a baleset helyszíne és körülményei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A biztosított háziorvosának neve, címe: \_\_\_\_\_

### Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- |                                    |   |                                |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haláleset | <input type="checkbox"/> Junior díjmentesítés | <input type="checkbox"/> Egyéb |
|------------------------------------|---|--------------------------------|

### A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem: (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat (Közjegyzővel vagy anyakönyvvezetővel hitelesítetve)   |
| <input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány másolat  |
| <input type="checkbox"/> Kedvezményezett születési idejét hitelt érdemlően bizonyító okirat másolata (pl.: születési anyakönyvi kivonat)                        |
| <input type="checkbox"/> Boncjegyzőkönyv másolat  |
| <input type="checkbox"/> Eredeti kötvény  |
| <input type="checkbox"/> Háziorvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet   |
| <input type="checkbox"/> A haláleset alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata                                    |
| <input type="checkbox"/> Hagyatékatadó végzés/Öröklési bizonyítvány   |
| <input type="checkbox"/> Rendőrhatalósági jegyzőkönyv   |
| <input type="checkbox"/> Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása |

**Tájékoztatjuk**, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.

**Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a törvényi szabályoknak megfelelően, a szolgáltatás teljesítésének feltétele a szolgáltatásra jogosult személy azonosítása. Kérjük, amennyiben az azonosítás a korábbiakban nem történt meg, az azonosítás részleteivel kapcsolatosan hívja tanácsadóját vagy ügyfélszolgálatunkat.**

**Kedvezményezett:** Nem haláleseti szolgáltatás esetén, név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában maga a biztosított. Haláleseti szolgáltatás esetén a név szerint megjelölt kedvezményezett(ek), kedvezményezett jelölés hiányában a törvényes örökös(ök).

**Kiskorú kedvezményezett/biztosított** esetén a 200 000 Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki társaságunk, a határozatban leírtaknak megfelelően. A határozat kiadását társaságunk indítványozza az illetékes gyámhivatalnál

**Tájékoztatjuk**, hogy EURO alapú biztosítások esetén az utalás kizárólag EURO-ban bankszámlaszámra történik.

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek. Az egészségi állapotom, illetőleg a betegségem következményei tekintetében felmentést adok a biztosítóval szembeni orvosi titoktartás alól a vizsgáló- és kezelőorvosaimnak, az engem ellátásban részesítő egészségügyi intézményeknek, az állapotomat elbíráló társadalombiztosítási szervezeteknek és egyéb hatóságoknak.

Alulírott tudomásul veszem, hogy a Biztosító részletes adatkezelési tájékoztatója a Biztosító honlapján, a [www.metlife.hu](http://www.metlife.hu) weblapon található, melyből a Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozatommal bármikor jogosult vagyok írásbeli példányt igényelni.

**Igénybejelentő / Kedvezményezett adatai nem haláleseti szolgáltatások esetére:**

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám, e-mail cím: \_\_\_\_\_

Kifizetés módja: Banki átutalás  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN kód: \_\_\_\_\_ SWIFT kód: \_\_\_\_\_

Postai utalás címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ - □□ - □□

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén  
a törvényes képviselő aláírása

**Igénybejelentő(k) / Kedvezményezett adatai haláleseti szolgáltatások esetére:**

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám, e-mail cím: \_\_\_\_\_

Kifizetés módja: Banki átutalás  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN kód: \_\_\_\_\_ SWIFT kód: \_\_\_\_\_

Postai utalás címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ - □□ - □□

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén  
a törvényes képviselő aláírása

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám, e-mail cím: \_\_\_\_\_

Kifizetés módja: Banki átutalás  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN kód: \_\_\_\_\_ SWIFT kód: \_\_\_\_\_

Postai utalás címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ - □□ - □□

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén  
a törvényes képviselő aláírása