

Csoportos hitelfedezeti biztosítás a Budapest Bank Zrt. ügyfelei részére

MetLife Biztosító Zrt.

1138 Budapest, Népfürdő u. 22. (Duna Tower)

Levelezési cím: 1558 Budapest, Pf. 187.

Tel: (06-1) 391-1300

Fax: (06-1) 391-1660

E-mail: info@metlife.hu

Hitelszerződés száma:**Biztosított adatai:**Biztosított neve: _____ Adós: Címe: _____ Adóstárs:

Születési ideje: ____ év __ hónap __ nap Telefon/e-mail: _____

Igénybejelentő/Kedvezményezett adatai:

Neve: _____

Címe: _____

Születési ideje: ____ év __ hónap __ nap Telefon/e-mail: _____

Utalás módja: Bank Posta

Bankszámlaszám: _____ - _____ - _____

Postai utalás címe: _____

Kiskorú kedvezményezett/örökös esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) adatai:

Neve: _____

Címe: _____

Születési ideje: ____ év __ hónap __ nap Telefon/e-mail: _____

Kiskorú kedvezményezett/örökös esetén a szolgáltatási 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.

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem:
(Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)**Haláleset esetén:**

- Halottvizsgálati bizonyítvány egy teljes másolati példánya;
 Hitelesített Halotti anyakönyvi kivonat;
 A haláleset alapjául szolgáló betegséggel/betegségekkel kapcsolatos orvosi dokumentumok (pl. háziorvosnál nyilvántartott kórlap másolata);
 Rendőrhatalósági jegyzőkönyv (ha készült ilyen).

Mellékletek száma: __ db**Betegségből vagy balesetből származó maradandó teljes rokkantság esetén:**

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal első fokú orvosi bizottságának szakvéleménye;
 Regisztrált foglalkozást igazoló, hitelt érdemlő okirat;
 Rendőrhatalósági jegyzőkönyv (ha készült ilyen);
 Orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával.

Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg kedvezményezettenként vagy örökösként eléri, vagy meghaladja a 3.600.000 Ft-ot, azt társaságunk csak azt követően fizeti ki, ha – a törvényi szabályozásnak megfelelően – a szolgáltatásra jogosult személy azonosítására sor került. Az azonosítás részleteivel kapcsolatosan kérjük hívja ügyfélszolgálatunkat.

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Kelt: _____ év __ hónap __ nap

.....
 Igénybejelentő (kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő) aláírása