

Szolgáltatási igénybejelentő Csoportos baleset-, betegség-, életbiztosításhoz

Kötvényszám (Policy Number): _____

Szerződő adatai (Policyholder's data):

Szerződő neve (Name): _____
Címe: _____

Biztosított adatai (Insured's data):

Neve (Name): _____
Születési ideje (Date of birth): _____
Címe (Address): _____
Telefonszáma, e-mail címe (Phone, e-mail): _____
Foglalkozása (Occupation) : _____

Igénybejelentő adatai (Data of the person submitting the claim):

Neve (Name) : _____
Születési ideje (Date of birth): _____
Címe (Address) : _____
Telefonszáma, e-mail címe (Phone, e-mail) : _____

Kiskorú kedvezményezett esetén a 200 000 Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki társaságunk, a megjelölt törvényes képviselő részére, a határozatban leírtaknak megfelelően.

Munkáltató igazolás (Employer's justification):

Ezúton igazoljuk, hogy a fent nevezett biztosított a káresemény bekövetkeztekor munkajogi állományban vagy mint kölcsönzött munkavállaló volt alkalmazásban.

Belépés dátuma: _____ Biztosítási szerződés szerinti csoportbesorolás: _____

1 havi bruttó bér: _____

(We hereby confirm, that the above mentioned Insured was employed or temporary employment at the claim date.

Entry date: _____ Monthly salary: _____

Grouping according to insurance contract: _____)

Szerződő cégszerű aláírása
(Signature of the Policyholder)

Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki! (Should be filled in case of death!)

Halálozás időpontja (Date of death): _____
Halálozás helye (Place of death): _____
Mikor állították fel a haláleset okául szolgáló alapbetegség diagnózisát? _____
A biztosított háziorvosának neve, címe: _____

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

Haláleset (Death)

Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki! (Should be filled in case of death!)

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem / Documents*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!) *

- Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat (Közjegyzővel vagy anyakönyvvezetővel hitelesítette) / (Death certificate)
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolat (Death Investigation Certificate)
- Kedvezményezett születési idejét hitelt érdemlően bizonyító okirat másolata (Beneficiary's ID)
- Boncjegyzőkönyv másolat (Copy of Autopsy Report)
- Háziorvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet (Att. Physician's Report)
- A haláleset/szolgáltatás alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata (Documents indicating the beginning date and course of the disease causing death and the circumstances of death)
- Rendőrhatalósági jegyzőkönyv (ha készült) / Police report (if issued)
- Jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány, kedvezményezett jelölés hiányában (Valid Legacy transfer decree, if no beneficiary has been nominated)
- Tényleges tulajdonosi nyilatkozat (Beneficial Owner Statement)
- Azonosítási adatlap (Customer Identification Form)

*A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat./ The insurer in case of necessity can acquire documents by itself.

Kérjük BALESET / BETEGSÉG esetén töltsse ki! (Should be filled in case of accident/sickness!)

Baleset időpontja (Date of the accident): _____

Baleset helyszíne és a baleset körülményeinek leírása (Description of the accident place and circumstances):

A jelenleg sérült testrész volt-e megelőzőleg betegség következtében károsodott vagy baleset következtében sérült? Ha igen milyen mértékben? (Has the presently injured part of body ever wounded due to accident or illness? If yes, in what measure?)

Történt-e rendőri intézkedés? Ha igen mely szervnél? (Was there any police action? If yes, please provide the details of the authority?)

A balesetet követően történt-e véralkohol vizsgálat? Ha igen hol és milyen eredménnyel? (Were you charged under alcohol blood test after the accident? If yes, what authority performed and which result stated?)

Kórházi ápolás(ok) időtartama /Date of Hospitalization: _____

Szenvedett-e a korábban a jelenlegi betegségében? Ha igen, mikor? (Have you ever had the present sickness before? If yes, when?) _____

Műtéti beavatkozás időpontja (ha történt)/Date of surgery, if any): _____

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján (Type of claim):

- Baleseti halál (Accidental death)
- Baleseti mardandó teljes és részleges rokkantság (Accidental permanent partial and total disablement)
- Csonttörés / csontrepedés / (Bone fracture)
- 28 napot meghaladó baleseti gyógyulás (Healing period in excess of 28 days accident)
- Baleseti keresőképtelenség (táppénz) (Accidental sick leave)
- Baleseti kórházi napi térítés (Daily cash due to accident)
- Baleseti műtéti térítés (Accidental surgery)
- Bármely okú keresőképtelenség (Sick leave due to any reason)
- Bármely okú kórházi napi térítés (Daily cash due to any reason)
- Bármely okú műtéti térítés (Surgery due to any reason)
- Kritikus betegség (Dread disease)

Kérjük **BALESET / BETEGSÉG** esetén **töltse ki!** (Should be filled in case of accident/sickness!)

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem / Documents*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)*

- A baleseti sérülés vagy betegség ellátásával kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, az első ellátás időpontjától az igénybejelentés időpontjáig (Detailed medical documentation related to the current accident / disease)
- Keresőképtelenség igazolás másolata (authenticated copy of the certificate of incapacity)
- Szövetteni eredmény (Histology)
- Rendőrhatósági jegyzőkönyv (ha készült) / Police report (if issued)
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült) / Result of blood alcohol test (if it was carried out)
- Motoros baleset esetén, a motor hengerűrtartalmát igazoló irat (pl.: forgalmi engedély) / Official certificate of the cubic capacity in case of motorcycle accident (eg.: Registration certificate)
- NRSZH szakvélemény másolata (ha van) / Social Security Report
- Egyéb iratok / Other documents:

*A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat./ The insurer in case of necessity can acquire documents by itself.

1. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzám kapcsolódó személyes adatokat kezelő szervezetet, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepével szemben a titoktartás alól felmentem. (Herewith I declare to release organisations, institutes or investigating authorities handling facts about the insurance contract or medical and personal data from their secrecy obligation towards MetLife Europe Limited Hungary)
2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek, illetve kezelni fognak. (Further I release physicians (medical institutions) having treated or treating me before or during the validity of the insurance contract from their medical secrecy obligation)
3. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom. (I assume the obligation of putting documents certifying facts or data necessary for claim adjustment at the disposal of the insurer)
4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg a munkáltató) a részemre kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatást adjon. (I agree further that the amount of sick leave I received be communicated in writing towards the insurer, if necessary, by the Social Security Authority (or the employer))
5. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. (Data concerning the health status of the insured will be treated as insurance secret by the insurer)
6. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy nem vagyok az U.S.A. polgára és/vagy nem tartozom az U.S.A. Szövetségi jövedelemadó hatálya alá (továbbiakban U.S.A. polgár). Tudomásul veszem, hogy az U.S.A. polgár által, az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó – státusz vonatkozásában tett nyilatkozatban tett valótlan nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után. (I, as the claimant (insured, beneficiary) named on the present document hereby certify that I AM NOT citizen or resident of the United States or United States Person for United States ("U.S.") Federal Income tax purposes (further on: U.S. person). I acknowledge and accept that false statement or misrepresentation of tax status by U.S. person could lead penalties under U.S. law.)
7. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy a részemre járó szolgáltatási összeget az alábbi módon kérem kiutalni (I, as the claimant (insured, beneficiary) named on the present document hereby certify that, the amount of service for me please allocated in the following manner):

Utalás módja (Way of payment): bank (bank) posta (post)

Bankszámlaszám (Bank account No.): - -

Postai utalás címe (Address): _____

Kelt (Date): _____

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása
(Signature of the person submitting the claim)