

## 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.**

MetLife Europe d.a.c. egy zártkörűen működő részvénytársaság, Írországból bejegyzett cégjegyzékszáma: 415123.

Székhelye: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Írország.

Magyarországi Fióktelepe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22. Cégjegyzék száma: 01-17-000934.

Igazgatók: Sarah Alicia Celso (amerikai), Alan Cook (brit), Brenda Dunne, Nick Hayter (brit), Michael Hatzidimitriou (görög), Roy Keenan,

Dirk Ostijn (belga), Mario Valdes (mexikói), Lukas Ziewer (svájci)

MetLife Europe d.a.c. (kereskedelmi néven MetLife) az Írországi Nemzeti Bank (CBI) által felügyelt és a Magyar Nemzeti Bank (MNB) által korlátozottan szabályozott társaság.

Az MNB szabályozás terjedelmére vonatkozóan társaságunkhoz fordulhatnak tájékoztatásért.  
telefon: 06 1 391 1300, fax: 06 1 391 1660, e-mail: info@metlife.hu, honlap: www.metlife.hu

## Kérjük betegség eredetű ellátások esetén töltsze 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 töltsze ki!

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

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

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

A biztosított házi orvosának 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"/> Házi orvosnál 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.

**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