

Szolgáltatási igénybejelentő Egyéni és csoportos 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 rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

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

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