

## Szolgáltatási igénybejelentő lap csoportos kockázati életbiztosításhoz

Kérjük, fogadja együttérzésünket, ha Önnél daganatos megbetegedés gyanúja merült fel, kritikus betegséget diagnosztizáltak, illetve ha hozzátartozója elhunyt. Biztosítási szerződése keretein belül készséggel állunk rendelkezésére szolgáltatásunk során.

Kérjük, hogy a daganatos betegség gyanúját – az Ön érdekében – haladéktalanul, kritikus betegséggel kapcsolatos, valamint életbiztosítási szolgáltatási igényét a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 15 napon belül, ezzel a dokumentummal és a felsorolt mellékletekkel jelentse be Biztosítónkhoz. A Biztosító a bejelentett szolgáltatási igényt az elbíráláshoz szükséges valamennyi irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti.

A Biztosító a szolgáltatása összegét a Kedvezményezett(ek)nek nyújtja. A Biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a Biztosított, a haláleseti szol-

gáltatás kedvezményezettje(i) pedig a biztosítási szerződésben megjelölt Kedvezményezett(ek), érvényes jelölés hiányában a Biztosított örököse(i). A Biztosító az igénybejelentést követően megkeresi a Kedvezményezett(ek)et a személyes azonosítás és a kifizetés módjának tisztázása érdekében.

A hatályos jogszabályok szerint a szolgáltatás adómentes. További kérdése esetén keresse bizalommal tanácsadóját vagy ügyfélszolgálatunkat.

Kérjük, hogy **alírt igénybejelentőjét és a felsorolt mellékletek másolatait** személyesen, levélben, faxon vagy szkennelve, e-mailben juttassa el Biztosítónk részére. **Elhalálozás esetén** az utolsó hatályos **biztosítási fedezetet igazoló dokumentum eredeti példányát** személyesen vagy levélben juttassa el hozzánk. Ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítására van szükségünk.

Fedezetszám:		Nyilvántartási szám: (Biztosító tölti ki!)	
--------------	--	--	--

Biztosított neve:		Szül. dátuma:	
Anyja neve:		Lakcíme:	

### A szolgáltatási igényt ki jelenti be? (Bejelentő)

Szerződő  Biztosított  Biztosított közeli hozzátartozója  Egyéb

### A Bejelentő eddig meg nem adott további adatai:

Neve:  Címe:   
Telefonszáma:  E-mail címe:

### Kedvezményezett vagy törvényes képviselője (ha a Bejelentő ismeri) adatai:

(csak elhalálozás esetén szükséges kitölteni)

Neve:  Címe:   
Telefonszáma:  E-mail címe:

Dátum:

Bejelentő aláírása

Érkeztetés a Biztosítónál:

Biztosító tölti ki!

Díjjal fedezve:

Ügyintéző aláírása:

<b>A biztosítási esemény jellege:</b> <input type="checkbox"/> Daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálatának előírása (daganatos betegség gyanúja) <input type="checkbox"/> Kritikus betegség <input type="checkbox"/> Elhalálozás	
<b>A biztosítási esemény leírása:</b> Helye: <input type="text"/> Időpontja: <input type="text"/>	
Részletes leírás (mi történt?): <input type="text"/>	
A Biztosítottat melyik egészségügyi intézményben kezelték? <input type="text"/> <input type="text"/>	
A háziorvos neve: <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/>	
Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Nincs információm erről Történt-e véralkohol vizsgálat? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Nincs információm erről A baleset munkavégzés közben történt-e (balesetkor)? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Nincs információm erről	
<b>Kérjük jelölje meg az igényelt szolgáltatást és azokat a szükséges dokumentumokat, melyeket az igénybejelentővel egyidőben beküld.</b>	
<input type="checkbox"/> Daganatos betegség gyanúja	<input type="checkbox"/> daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálat előírását igazoló dokumentum <input type="checkbox"/> a betegség megállapításához szükséges orvosi dokumentumok, leletek, kórházi zárójelentés másolata
<input type="checkbox"/> Kritikus betegség bekövetkezése	<input type="checkbox"/> a baleset vagy betegség kezdetének, kivizsgálásának, és a következmény lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok, leletek
<input type="checkbox"/> Elhalálozás	<input type="checkbox"/> biztosított halotti anyakönyvi kivonata <input type="checkbox"/> biztosított halottvizsgálati bizonyítványa <input type="checkbox"/> baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (balesetkor) <input type="checkbox"/> halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (nem balesetkor) <input type="checkbox"/> jogerős hagyatékátadó végzés vagy az öröklési bizonyítvány <input type="checkbox"/> utolsó biztosítási fedezetet igazoló dokumentum <input type="checkbox"/> kedvezményezett személyazonosságát igazoló okmány
Bármely esetben, ha készült:	<input type="checkbox"/> baleseti jegyzőkönyv <input type="checkbox"/> hatósági (pl. rendőrségi), munkahelyi intézkedés jegyzőkönyve <input type="checkbox"/> véralkohol vizsgálat eredménye <input type="checkbox"/> bírósági határozat

Alulírott nyilatkozom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel.

Dátum:

Bejelentő aláírása