

## Szolgáltatási igénybejelentő lap személybiztosításokhoz

Kérjük, fogadja együttérzésünket, ha Önt vagy hozzátartozóját baleset érte, illetve ha hozzátartozója elhunyt. Biztosítási szerződése keretein belül készséggel állunk rendelkezésére szolgáltatásunk során.

Kérjük, hogy balesetbiztosítási vagy 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. Ha a biztosítási szerződésben kedvezményezettet nem neveztek meg vagy, ha a kedvezményezett jelölése érvénytelen, illetve hatályát veszítette, akkor a Biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezmé-

nyezettje a Biztosított, a haláleseti szolgáltatás kedvezményezettje(i) pedig 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 **aláírt igénybejelentőjét és a felsorolt mellékletek másolatait** személyesen, levélben, faxon vagy szkennelve, e-mailben juttassa el Biztosítónk részére.

**Elhalálozás esetén** az utolsó hatályos **biztosítási kötvény eredeti példányát** személyesen vagy levélben juttassa el hozzánk. Ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítására van szükségünk.

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

Szerződő neve:		Születési dátuma:	
----------------	--	-------------------	--

Biztosított neve:		Születési dátuma:	
-------------------	--	-------------------	--

Anyja neve:		Lakcíme:	
-------------	--	----------	--

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

<input type="checkbox"/> Szerződő	<input type="checkbox"/> Biztosított	<input type="checkbox"/> Biztosított közeli hozzátartozója	<input type="checkbox"/> Egyéb	
-----------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------	--

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

Neve:		Címe:	
-------	--	-------	--

Telefonszáma:		E-mail címe:	
---------------	--	--------------	--

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

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"/> Baleset <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"/>	
A házi orvos 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 balesetben sérült testrész ezt megelőzően betegség vagy baleset miatt sérült volt-e már (balesetkor)? <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"/> Baleseti eredetű csonttörés	<input type="checkbox"/> csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás
<input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség napidíja	<input type="checkbox"/> keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány <input type="checkbox"/> kórházi zárójelentés (ha történt)
<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napidíj	<input type="checkbox"/> kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés	<input type="checkbox"/> baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok
<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 örökösödési bizonyítvány <input type="checkbox"/> utolsó biztosítási kötvény <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"/> bírói határozat

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

Dátum:

Bejelentő aláírása