

Szerződésszám: _____ Biztosítási módozat neve: _____ Szerződés kezdete: _____

Tájékoztatjuk, hogy a melléletek és az igénybejelentés szükséges mezőinek hiánytalan kitöltése hiányában társaságunk nem tud intézkedni a szolgáltatásról.

Szerződő adatai

Név (családi és utónév)/Cégnév: _____
 Születéskori név (családi és utónév): _____
 Születési idő, hely: ____/____/____/____ Anyja neve: _____
 Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Állampolgárság: _____ Adóazonosító jel/Adószám: _____
 Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleveél Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
 Azonosító okmány száma: _____
 Cégjegyzékszám: _____ Telefonszám: _____

Biztosított adatai

Név (családi és utónév): _____
 Születéskori név (családi és utónév): _____
 Születési idő, hely: ____/____/____/____ Anyja neve: _____
 Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleveél Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
 Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
 Adóazonosító jel: _____ Telefonszám: _____

Kedvezményezett adatai és nyilatkozatai

A kifizetésre jogosult neve (családi és utónév): _____
 Születéskori név (családi és utónév): _____
 Születési idő, hely: ____/____/____/____ Anyja neve: _____
 Állandó lakcím/Székhely: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
 Azonosító okmány típusa: Személyazonosító igazolvány Útleveél Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
 Azonosító okmány száma: _____ Állampolgárság: _____
 Adóazonosító jel: _____ Telefonszám: _____

- kizárólag magyar adóügyi illetőségű vagyok (Kérjük a megfelelő megjelölését!)
- nem kizárólag magyar adóügyi illetőségű vagyok (Nemleges válasz esetén adóügyi illetőség nyilatkozat mellékelendő!)
- kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek** minősülök (Kérjük a megfelelő megjelölését! Igenlő válasz esetén Kiemelt közszereplői minőségre vonatkozó nyilatkozat mellékelendő!)
- nem minősülök kiemelt közszereplőnek, vagy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozójának*, vagy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személynek**

* Házastárs, élettárs, vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülője.

** Olyan természetes személy, aki kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll, vagy olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek a tulajdonosa, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

- Mellékelem a biztosítási kötvényt.
- Nem mellékelek biztosítási kötvényt, elvesztéséről nyilatkozom.

A kifizetésre vonatkozó nyilatkozatok

Számlatulajdonos neve (banki átutalás esetén): _____
 Amennyiben a számlatulajdonos nem azonos a kifizetésre jogosulttal, kérjük mellékelni a „Hozzájáruló nyilatkozat”-ot.

Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____ – _____ SWIFT-kód
 (IBAN-kód) (3x8 számjegy)

Kifizetés helye (postai utalás esetén): _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Szolgáltatási igény

Kérjük a megfelelő megjelölését!

csonttörés, csontrepedés, égés

baleseti kórházi napi térítés

baleseti műtéti térítés

baleseti gyógytartam, keresőképtelenség

baleseti maradandó egészségkárosodás

baleseti halál vagy közlekedési baleseti halál

egyéb szolgáltatás

Szükséges melléletek:

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata

– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)

– röntgen lelet másolata

– zárójelentés(ek) másolata(i)

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata

– zárójelentés(ek) másolata(i)

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata

– zárójelentés(ek) másolata(i)

– az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata

– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)

– a táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról

– az összes orvosi dokumentum másolata

– halotti anyakönyvi kivonat másolata

– halottvizsgálati bizonyítvány másolata

– ha a kedvezményezett a törvényes örökös az örökösst megállapító közjegyzői okirat másolata

– kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő személyére vonatkozó igazolás

– a kedvezményezett(ek) azonosító okmányának (az aláírás és az érvényesség idő oldaláról készült) és a lakcímét igazoló hatósági igazolványának másolata

– a hatósági intézkedés iratainak a másolatát

– a szerződési feltételekben a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges iratok alatt került meghatározásra

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

A baleset során más sérült-e, ha igen, kérjük a nevét: _____ TAJ számát: _____

Jelenleg versenyszerűen sportol?

nem igen (igen válasz esetén, kérjük küldje be a sportolói igazolványának / engedélyének másolatát.)

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószeres fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatóságvizsgálat?

nem igen (igen válasz esetén, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőri intézkedés?

nem igen (igen válasz esetén, kérjük, küldje be a határozat másolatát)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

nem igen (igen válasz esetén, kérjük, küldje be az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez)

Volt-e korábban a szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem igen (igen válasz esetén _____ év _____ hó _____ nap)

1. Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.

2. Tudomásul veszem, hogyha faxon vagy e-mailen – a gyorsabb ügyintézés érdekében – elküldöm a nyomtatványt, akkor az eredetit 1 napon belül postai úton is továbbítom a biztosító címére.

3. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségi adatokat a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból egyéb viszontbiztosítók részére adja át.

Csoportos biztosítás alapján igényelt szolgáltatás esetén a munkáltató igazolása a biztosítóttról:

A biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta, és jelenleg is biztosított a _____ kötvényszámú szerződés biztosított csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

szerződő aláírása

biztosított aláírása

kedvezményezett aláírása

igénybejelentő aláírása

Biztosító tölti ki:

A kedvezményezett, a szerződő, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem. A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Amennyiben a szolgáltatási igény hiányosan került leadásra, szóban a következő dokumentumok: _____

pótlására hívtam fel a figyelmet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a tanácsadó, vagy a biztosító ügyfélszolgálatra
rendelkezésre álló irodájának bélyegzője
és az átvevő aláírása