

## Szolgáltatási igénybejelentő Egyéni és csoportos baleset-, betegség-, életbiztosításhoz

Kötvényszám: \_\_\_\_\_

### Biztosított adatai:

Neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Telefonszáma, e-mail címe: \_\_\_\_\_

### Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) adatai:

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Telefonszáma, e-mail címe: \_\_\_\_\_

**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.

### 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)

Rendőrhatalósági 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 betegségi eredetű ellátások esetén töltse 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!)

- A betegség diagnosztizálásával és kezeléseivel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata
- Műtéti leírás másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés)  Kórházi tartózkodást igazoló zárójelentés másolata
- Szövettani eredmény másolata (ha van)  NRSZH/RSZSZ szakvélemény másolata
- 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 töltse ki!

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

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

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

A biztosított háziorvosának 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!)

- Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat (Közjegyzővel vagy anyakönyvvezetővel hitelesítve)
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolat
- Kedvezményezett születési idejét hitel érdemlően bizonyító okirat másolata (pl.: születési anyakönyvi kivonat)
- Boncjegyzőkönyv másolat
- Eredeti kötvény
- Háziorvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet
- A haláleset alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata
- Hagyatékátadó végzés/Öröklési bizonyítvány
- Rendőrhatósági jegyzőkönyv
- 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 szervezetek és egyéb hatóságoknak.

Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igény jogosult (biztosított, szerződő, kedvezményezett) kijelentem, hogy nem vagyok az U.S.A. polgára és/vagy nem tartozom az U.S.A. Szövetségi jövedelemadó hatálya alá (továbbiakban U.S.A. polgár). Tudomásul veszem, hogy az U.S.A. polgár által, az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó – státusz vonatkozásában tett nyilatkozatban tett valótlán nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után. /I, as the claimant (policyowner, beneficiary) named on the present document hereby certify that I AM NOT citizen or resident of the United States or United States Person for United States ("U.S.") Federal Income tax purposes (further on: U.S. person). I acknowledge and accept that false statement or misrepresentation of tax status by U.S. person could lead penalties under U.S. law.

### Igénybejelentő / Kedvezményezett adatai nem haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám, e-mail cím: \_\_\_\_\_

Utalás módja: Bank  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN 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: \_\_\_\_\_

Utalás módja: Bank  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN kód: \_\_\_\_\_

Postai utalás címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ - □□ - □□

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén  
a törvényes képviselő aláírása

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám, e-mail cím: \_\_\_\_\_

Utalás módja: Bank  Posta

Bankszámlaszám: □□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Euro utalása esetén IBAN kód: \_\_\_\_\_

Postai utalás címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_ □□□□ - □□ - □□

\_\_\_\_\_  
Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén  
a törvényes képviselő aláírása