

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: UNION - Pillehr
Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Szerződő / Biztosított

Szerződő neve: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
Állandó lakcím: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: MOZDONYVEZETŐK
SZAKSZERVEZETE
1145 Bp. Budapest, Bácskai . 11 Érvényessége (év/hónap/nap): _____ -tól _____ -ig
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele/adószáma: _____

Biztosított neve: _____
 Születési neve: _____ Anyja neve: _____
 Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
 Állandó lakcím: _____
 Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
 Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____ -tól _____ -ig
 Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____
 Jelenlegi foglalkozása: _____

I. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____ -tól _____ -ig
Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____
(2) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____ -tól _____ -ig
Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____
 Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ biztosított aláírása _____ igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző
azonosító okmány száma

VAGY:

II. A biztosítási összeg kifizetése euróban történik (kizárólag az eurós eszközalapban befektetett biztosításokra vonatkozik)

(1) Jogosult neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____ -tól _____ -ig
Bankszámlaszáma: HU - _____ - _____ - _____
(IBAN-kód)
Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ biztosított aláírása _____ igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző
azonosító okmány száma

(2) Jogosult neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Bankszámlaszáma: HU - _____ - _____ - _____
(IBAN-kód)
Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ biztosított aláírása _____ igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző
azonosító okmány száma

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki! A megfelelő helyen így jelölje!

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: _____
Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószeres fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?nem igen (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)Volt-e rendőri intézkedés?
nem igen (ha igen, a határozat másolatát, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

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

nem igen (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait csatolja a bejelentéshez)

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

nem igen _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül a biztosítási feltételekben meghatározott további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a biztosított aláírása

Csoportos személybiztosítás alapján igényelt szolgáltatás esetén a munkáltatói igazolás a foglalkoztatásról:

Fenti biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta _____ év _____ hó _____ napig jelenleg is munkaviszonyban, alkalmazásban áll a fenti kötvényszámú szerződésben a _____ számú biztosítottak csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a szerződő aláírása / bélyegő

Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja

Kérjük x-szel jelölni!

 csonttörés, csontrepedés, égésBenyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– röntgen lelet másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i) baleseti mülékony sérülésBenyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– a táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról baleseti kórházi napi térítés és baleseti műtéti térítés baleseti gyógytartamBenyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– zárójelentés(ek) másolata(i)Benyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)
– a táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról baleseti maradandó egészségkárosodás baleseti halál és közlekedési baleseti halál

Benyújtandó iratok: – az összes orvosi dokumentum másolata

Benyújtandó iratok: – halotti anyakönyvi kivonat másolata
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata
– eredeti kötvény vagy elvesztési nyilatkozat
– az örököszt megállapító közjegyzői okirat másolata (ha a kedvezményezett a törvényes örökös)
– kiskorú kedvezményezett esetén a gyámhatósági határozat másolata
– kedvezményezett(ek) személyi igazolvány és laccímekártya másolata
– a rendőrségi nyomozást megszüntető határozat másolata
– azonosító adatlap

Amennyiben a kedvezményezett személye eltér a szerződő, illetve a biztosított személyétől, úgy az ügyfél beazonosítása szükséges a szolgáltatási igény teljesítéséhez. Amennyiben munkahelyi balesetre vonatkozó kockázatot tartalmaz a szerződés, abban az esetben a munkabaleseti jegyzőkönyv másolata is szükséges. Kijelentem, hogy saját/_____ érdekében járok el.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a biztosító szakorvosának aláírása

Biztosító tölti ki:

A kedvezményezett, a szerződő azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem (megfelelő, azonosított személy aláhúzással jelölendő). A hiánytalanul kitöltött igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

területi igazgatóság bélyegzője és az átvevő aláírása