

Kötvényszám: \_\_\_\_\_ Kárszám: \_\_\_\_\_ Módozat neve: **Union - Kompakt**  
Díjjal fedezve (dátum): \_\_\_\_\_ Utolsó befizetés dátuma: \_\_\_\_\_ Biztosítás kezdete: \_\_\_\_\_

**Szerződő / Biztosított**

Szerződő neve: \_\_\_\_\_  
Szerződő rövidített neve: \_\_\_\_\_ Cégjegyzék száma: \_\_\_\_\_  
Születési neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Állandó lakcím/Székhely vagy telephely: **MOZDONYVEZETŐK SZAKSZERVEZETE**  
1145 Budapest, Bácskai . 11  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_  
Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jele/Adószáma: \_\_\_\_\_  
Fő tevékenysége: \_\_\_\_\_ Képviselőre jogosult neve, beosztása: \_\_\_\_\_

Biztosított neve: \_\_\_\_\_  
 Születési neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_  
 Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Állandó lakcím: \_\_\_\_\_  
 Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_  
 Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_

**I. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik**

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

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző

VAGY:

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

Jogosult neve: \_\_\_\_\_  
Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_  
Bankszámlaszáma: HU - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(IBAN-kód)

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

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző  
azonosító okmány száma

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 megjelölt \_\_\_\_\_ számú biztosítottak csoportjában.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
szerződő aláírása, bélyegző

Kérjük, nyomtatott példával töltsse ki!  A megfelelő helyen ígérje!

**Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja**

Kérjük x-szel jelölni!

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> betegségi kórházi napi térítés                                      | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata  |
| <input type="checkbox"/> betegségi műteli térítés  | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>(a műtétről szóló zárójelentések másolata is)   |
| <input type="checkbox"/> megbetegedés miatti gyógytartam                                     | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>– táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról   |
| <input type="checkbox"/> teljes és végleges egészségkárosodás<br>(rokkantsági díjmentesítés) | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata<br>– a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentumok másolatai<br>– nyugdíjazási határozat másolata |
| <input type="checkbox"/> rettegett/kritikus betegségi szolgáltatás                           | Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata  |

**Biztosító orvosának szakvéleménye:**

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a biztosító szakorvosának 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.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása