

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: _____

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: _____

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

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

(2) 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

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

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): _____

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 a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül 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 múlékony 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) személy igazolvány és lakcímkártya másolata
– a rendőrségi nyomozást megszüntető határozat másolata
– azonosító adatlap

Amennyiben a kedvezményezett személye eltér a szerződő, illetve a biztosított személyétől, úgy „azonosító adatlap” kitöltése szükséges a szolgáltatási igény teljesítéséhez. Amennyiben munkahelyi balesetre vonatkozó kockázatot tartalmaz a szerződés, abban az esetben a munkabaleseti jegyzőkönyv másolata is szükséges.

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, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ területi igazgatóság bélyegzője és az átvevő aláírása

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: _____

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: _____

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

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

(2) 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

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

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): _____

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!