

Balesetbiztosítás

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük, töltsse ki ezt az űrlapot NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL.
- Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre, illetve győződjön meg arról, hogy a következő pontban felsorolt szükséges dokumentumokat hiánytalanul mellékelte.
- A kitöltött és aláírt bejelentő lapot a szükséges dokumentumokkal együtt kérjük, a következő címre megküldeni:

4Life Direct Kft.
1138 Budapest
Madarász Viktor utca 47-49.

A SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK LISTÁJA (A kéreljárás lefolytatása csak hiánytalanul beküldött és kitöltött dokumentumok esetén lehetséges)

Kérjük, hogy "X"-el jelölje a bejelentő nyomtatványhoz mellékelt dokumentumokat!

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Kitöltött és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos által kitöltve). | <input type="checkbox"/> |
| 3. A balesetről szóló orvosi jelentés. | <input type="checkbox"/> |
| 4. A kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Maradandó rokkantság esetén a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy annak jogutódja) határozata arról, hogy a biztosított fél fogyatékosága nem fordítható vissza, és a biztosított fél nem javasolt rehabilitációra vagy a rokkantsági ellátásra jogosult a 2011. évi CXCI tv. 5. § (1) és (2) bekezdései (vagy ezek későbbi megfelelői) alapján. | <input type="checkbox"/> |
| 6. A biztosítási szolgáltatásra jogosult személy személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata, ennek hiányában a személyi igazolvány és egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél, vezetői engedély). | <input type="checkbox"/> |
| 7. Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges a fenti iratok alapján, vagy azok pontosítása érdekében – 4Life Direct Kft. kérésének megfelelően. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Baleseti jegyzőkönyv másolata, melyet a rendőrség vagy ügyészség állított ki. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben a baleset a munkahelyen történt. | <input type="checkbox"/> |

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Kárigény szempontjából (megfelelő négyzetet jelölje meg): Testi sérülés Kórházi ápolás Maradandó rokkantság

Név: _____

Születési idő: ____-____-____ Személyi igazolvány száma: _____ TAJ kártya száma: _____

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

2. A SZERZŐDŐ ADATAI (kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha eltér az 1. pontban megadott biztosítottól)

Név: _____

Születési idő: ____-____-____ Személyi igazolvány száma: _____ Lakcím kártya száma: _____

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Balesetbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: BB/v1/2018

3. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSÁRA VONATKOZÓ ADATOK

A kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve: _____

Kórház/kezelőorvos telefonszáma: _____

A kórházi tartózkodás időtartama: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Baleset dátuma: _____

Maradandó rokkantság esetén a megállapítás időpontja: _____

A kórházi tartózkodást okozó baleset rövid leírása: _____

4. A HÁZIORVOS ADATAI, AKI TOVÁBBI INFORMÁCIÓT TUD NYÚJTANI A KEZELÉST ÉS A BIZTOSÍTOTT JELENLEGI EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁT ILLETŐEN

Az orvos neve: _____

A kórház/egészségügyi intézmény neve és címe: _____

Telefonszám: _____

5. INFORMÁCIÓK A BALESETET VIZSGÁLÓ SZERVEKRŐL

Abban az esetben, ha a kórházi tartózkodás baleset eredménye, és a baleset kapcsán a rendőrség vagy egyéb hivatalos szerv vizsgálatot végzett, kérjük, adja meg az intézmények nevét és elérhetőségét.

Intézmény neve: _____ Telefonszám: _____ Ügyszám: _____

6. KIFIZETÉSI MÓD KIVÁLASZTÁSA

Kérem, a 4Life Direct Kft. a biztosítási összeget részemre az alábbi módon juttassa el! (Kérjük, válasszon egy kifizetési módot!)

Utalás bankszámlára:

Abban az esetben ha nem a kedvezményezett számlájára kéri a kifizetést, kérjük töltsse ki „Meghatalmazás kárkifizetéshez” c. nyomtatványunkat.

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámla száma: _____ - _____ - _____

Balesetbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomatványszám: BB/v1/2018

Postai kifizetés az alábbi címre:

Kérjük, legyen figyelemmel arra, hogy a postai úton történő kifizetés teljesítése a posta ügyintézési idejével meghosszabbodik.

A postai kifizetésre jogosult személy neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____



7. KISKORÚ VAGY GONDNOKOLT KEDVEZMÉNYEZETT KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA ÉS ALÁÍRÁSA

Mint a kiskorú vagy gondnokság alatt álló kedvezményezett nevében eljáró személy nyilatkozom, és kötelezettséget válllok arra, hogy a gondnoki kirendelés szabályai szerint járok el a jelen kárrendezési eljárás során kifizetett biztosítási összeggel kapcsolatban.

Helység _____ Dátum _____ Alíráás _____
(biztosított/felhatalmazott személy/kiskorú képviselője)

8. BEJELENTŐ ALÁÍRÁSA

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az általam megadott adatokat a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited kezeli és a feldolgozásra megbízást adott a nevében eljáró 4Life Direct Kft.-nek. Tudomásom van arról, hogy a személyes adataim megadása önkéntes, arra a jelen nyomtatványon hivatkozott biztosítási szerződésből származó igények elbírálásához van szükség, és a kezelés jogalapja a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 135. § (1) bekezdése. Tudomásul veszem és elfogadom továbbá, hogy a Red Sands Insurance Company (Europe) Limited a szolgáltatáshoz, valamint a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adataimat kezeli a Bit. 136. §-a alapján, és a nevében eljáró 4Life Direct Kft. adatfeldolgozóként jár el.

	Helység	Dátum	Alíráás
ALÁÍRÁS HELYE		 _____	