

Baleseti Halál Biztosítás

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük, tölts 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

- Kitöltött Szolgáltatási Igénybejelentő lap.
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata.
- A biztosítási szolgáltatásra jogosult személy személyi igazolványának és lakcímkártyájának hiteles másolata, ennek hiányában egyéb személyazonosító okmány hiteles másolata (útlevél, vezetői engedély).
- Kiskorú kedvezményezett esetén a képviselőre jogosító irat másolata, nyilatkozat melyben kijelenti, hogy a hatályos törvények szerint jár el; gyámhatósági fenntartásos számla száma.
- Cselekvőképességet teljesen vagy részlegesen korlátozó gondokosság alatt álló kedvezményezett esetén a képviselőre jogosító irat másolata.
- Orvosi jelentések, ha a baleset után készültek.
- Baleseti jegyzőkönyv másolata, melyet a rendőrség vagy ügyészség állított ki.
- Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben a baleset a munkahelyen történt.

1. AZ ELHALÁLOZOTT BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

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

2. A KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI*

Kedvezményezett neve: _____

A kedvezményezett elhunytához való viszonya: _____

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

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

* Abban az esetben, ha több kedvezményezett került megjelölésre a biztosításban, kérjük, tölts ki „Kárbejelentő – További kedvezményezett részére” c. nyomtatványunkat is.

3. KISKORÚ / GONDNOKOLT KEDVEZMÉNYEZETT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK/GONDNOKÁNAK ADATAI (csak abban az esetben, ha a kedvezményezett kiskorú, illetve gondnokság alatt áll)

Én (megfelelő négyzetet jelölje meg): szülő gyám gondnok nevelőszülő

Ügyfél neve: _____

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

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: BH/4LD/II/v1/2018

Baleseti Halál Biztosítás

4. A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A halál időpontja: _____ A baleset időpontja: _____

A halál helye (kórház, otthon, stb.): _____

A halál helyének címe: _____

A HALÁL OKA (kérjük, részletezze, milyen körülmények vezettek a halálhoz):

5. A HALÁLESET KAPCSÁN TOVÁBBI INFORMÁCIÓT NYÚJTÓ ORVOS/ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNY

Név/Intézmény neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

6. INFORMÁCIÓ A HALÁLESET KAPCSÁN VIZSGÁLATOT VÉGZŐ SZERVEKRŐL

Abban az esetben, ha a halálestet kapcsán a rendőrség vagy egyéb hivatalos szerv vizsgálatot végzett, kérjük, adja meg az intézmények elérhetőségét.

_____ Telefonszám: _____

7. KEDVEZMÉNYEZETT/ KISKORÚ VAGY GONDNOKOLT KÉPVISELŐJÉNEK KIFIZETÉSI FELHATALMAZÁSA

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 a „Meghatalmazás Kárfizetéshez” c. nyomtatványunkat.

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámla száma: _____

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: _____

Baleseti Halál Biztosítás

8. KISKORÚ VAGY GONDNOKOLT KEDVEZMÉNYEZETT KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA ÉS ALÁÍRÁSA

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

Helység

____ _

Dátum



Aláírás

9. BEJELENTŐ ALÁÍRÁSA

Kijelentem és aláírással igazolom, hogy a fenti információk a valóságnak megfelelnek és teljeskörűek.

Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az általam megadott adatokat a Red Sands Life Assurance 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 Life Assurance 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	Aláírás
ALÁÍRÁS HELYE		 ____ _	