

## Időskori Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_

Nyomtatványszám: IB\_IS\_IC\_ID/SZI/v1/2018

### ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

1. Kérjük a dokumentumot NYOMTATOTT BETŰKKEL kitölteni.
2. Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre.
3. 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.

Tájékoztatjuk, hogy a Ptk. 6:453 §-a alapján a biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelentik be, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a biztosítónak kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik. Kérjük, hogy a Szolgáltatási igénybejelentő kitöltése és a nyilatkozatok, mellékletek csatolása során erre is szíveskedjen figyelemmel lenni.

### A SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK LISTÁJA

**(A kéreljárás lefolytatása csak hiánytalanul beküldött és kitöltött dokumentumok esetén lehetséges)**

1. Kitöltött és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap.
2. Halottvizsgálati bizonyítvány másolata.
3. Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
4. A kedvezményezett (biztosítási szolgáltatásra jogosult személy) személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata (mindkét oldal), ennek hiányában egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél, vezetői engedély).

\* Kérjük, vegye figyelembe, hogy adott esetben egyéb dokumentumok (zárójelentés, orvosi diagnózist vagy kórházi tartózkodást igazoló dokumentum) beküldését kérheti a Biztosító, amely a kárigény elbírálásához szükséges, az ÁSZF 10§-a 6/iv. pontjára hivatkozhatva.

**Ha a halál oka baleset volt, kérjük, csatolja az alábbi dokumentumokat is:**

5. Orvosi jelentések másolata, ha a baleset után készültek.
6. Baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült.
7. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült.

### 1. AZ ELHALÁLOZOTT BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: \_\_\_\_\_

Ügyfél neve: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Születési hely: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

### 2. A KEDVEZMÉNYEZETT/KÁRBEJELENTŐ ADATAI

A kedvezményezett elhunythoz való viszonya: \_\_\_\_\_

Kedvezményezett neve: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Személyi igazolvány száma: \_\_\_\_\_ Lakcím kártya száma: \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_ Telefonszáma: \_\_\_\_\_

### BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: \_\_\_\_\_ Irányítószám: \_\_\_\_\_

Utca: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Emelet, ajtó: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

**LEVELEZÉSI CÍM** (csak abban az esetben kell kitölteni, ha az a bejelentett lakcímétől eltér)

Helység: \_\_\_\_\_ Irányítószám: \_\_\_\_\_

Utca: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Emelet, ajtó: \_\_\_\_\_

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

## Időskori Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_

Nyomtatványszám: IB\_IS\_JC\_ID/SZI/v1/2018

### 3. A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A halál időpontja: \_\_\_\_\_ A baleset időpontja: \_\_\_\_\_

A halál helye (kórház, otthon, stb.): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. INFORMÁCIÓ A HALÁLESET KAPCSÁN VIZSGÁLATOTT VÉGZŐ SZERVEKRŐL (BALESET ESETÉN)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intézmény neve: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

Ügyszám: \_\_\_\_\_

### 5. BALESET VIZSGÁLATÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK (baleset esetén töltendő ki)

Kérjük, hogy egy „X”-el jelölje a választát!

Az elhalálozás helyszíne:  Otthon  Kórházba vezető úton  Kórházban  Egyéb

Közúti balesetből eredendően következett be a halál:  Igen  Nem

Amennyiben igen, az elhunyt volt a:  Sofőr  Utas  Gyalogos

Az elhunyt rendelkezett gépjármű vezetői engedéllyel?  Igen  Nem

Készült véralkoholszint mérés?  Igen  Nem

Véralkoholszint mérés eredménye (amennyiben történt mérés):  g/100kl

Van arra utaló jel, hogy az elhunyt öngyilkosságot követett el?  Igen  Nem

### 6. KIFIZETÉSI ADATOK MEGADÁSA

Kérem, a 4Life Direct Kft. a biztosítási összeget részemre az alábbi módon juttassa el!

#### UTALÁS BANKSZÁMLÁRA:

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

Bankszámla tulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Helység: \_\_\_\_\_ Irányítószám: \_\_\_\_\_

Utca: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Emelet, ajtó: \_\_\_\_\_

Számlavezető bank neve: \_\_\_\_\_

Bankszámla száma: \_\_\_\_\_

### 7. 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 \_\_\_\_\_ Alíírás \_\_\_\_\_

## Időskori Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_




Nyomtatványszám: IB\_IS\_JC\_ID/SZI/v1/2018

### 8. 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