

Időskori Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomatványszám: IB/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 biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik. Kérjük, hogy a Szolgáltatási Igénybejelentő kitöltése és a nyilatkozatok, melléletek csatolása során erre is szíveskedjen figyelemmel lenni.

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 Szolgáltatási Igénybejelentő lap. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Halottvizsgálati bizonyítvány. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Halotti anyakönyvi kivonat. | <input type="checkbox"/> |
| 4. A biztosítási szolgáltatásra jogosult személy személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata (mindkét oldal), ennek hiányában a személyi igazolvány és egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél, vezetői engedély). | <input type="checkbox"/> |
| 5. Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges (zárójelentés, egyéb orvosi diagnózist vagy kórházi tartózkodást igazoló dokumentum). | <input type="checkbox"/> |
| Ha a halál oka baleset volt, kérjük csatolja az alábbi dokumentumokat is: | |
| 6. Orvosi jelentések, ha a baleset után készültek. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült. | <input type="checkbox"/> |

1. AZ ELHALÁLOZOTT BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

Születési idő: ____-____-____ Születési hely: _____ Anyja neve: _____

2. A KEDVEZMÉNYEZETT/KÁRBEJELENTŐ ADATAI

A kedvezményezett elhunytához való viszonya: _____

Kedvezményezett neve: _____

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

Születési hely: _____ Anyja neve: _____ Telefonszám: _____

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

E-mail cím: _____

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

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

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

Időskori Biztonság

3. A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A halál időpontja: _____ A baleset időpontja: _____

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

Kórházban történt elhalálozás esetén a kórház címe: _____

Kezelőorvos neve: _____

Kezelőorvos telefonszáma: _____

Az elhunyt háziorvosának neve: _____

A háziorvos telefonszáma: _____

A háziorvos címe: _____

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

4. EGÉSZSÉGÜGYI RÉSZLETEK (A kárbejelentést csak ezen pont kitöltése esetén tudjuk elfogadni!)

Az elhunytat diagnosztizálták valaha a következő betegségek valamelyikével? (Kérjük, hogy egy „X”-el jelölje a választát!)

	„X” = Igen	„X” = Nem	Amennyiben volt korábbi megbetegedés, az ELSŐ diagnózis dátuma
Szív- és érrendszeri megbetegedés:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Daganatos megbetegedés:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cukorbetegség:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magas vérnyomás:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magas koleszterinszint:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bármilyen mentális betegség vagy rendellenesség:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veszélyesített megbetegedés:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, milyen jellegű:	_____		
Alkohol vagy drogfüggőség:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egyéb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pontos megnevezés:	_____		
Nem volt korábbi megbetegedés:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. INFORMÁCIÓ A HALÁLESET KAPCSÁN VIZSGÁLATOT VÉGZŐ SZERVEKRŐL (BALESET ESETÉN)

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

Intézmény neve: _____ Telefonszám: _____

Ügyszám: _____

6. BALESET VIZSGÁLATÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK (Csak baleset esetén kitöltendő)

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

- Az elhalálozás helyszíne: Otthon A 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

7. 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 tölts ki „Meghatalmazás kárkifizetéshez” c. nyomtatványunkat.

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámla száma: _____

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 _____ Alíráás _____

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.

ALÁÍRÁS HELYE	Helység	Dátum	Alíráás
			