

Időskori Biztonság

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

1. Kérjük a dokumentumot NYOMTATOTT BETŰKKEL kitölteni.
2. Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos által kitöltve!)
3. Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre.
4. 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 káreljárás lefolytatása csak hiánytalanul beküldött és kitöltött dokumentumok esetén lehetséges)

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

1. Kitöltött Szolgáltatási Igénybejelentő lap.
2. 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).
3. Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges (zárójelentés, egyéb orvosi diagnózist vagy kórházi tartózkodást igazoló dokumentum).

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

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

2. GYÓGYÍTHATLAN BETEGSÉGRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A diagnózis időpontja: _____ - _____ - _____

A betegség megnevezése: _____

Kezelő intézmény/kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve: _____

Kezelőorvos telefonszáma: _____

A Biztosított háziorvosának neve: _____

A háziorvos telefonszáma: _____

A háziorvos címe: _____

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

A Biztosítottnál diagnosztizáltak valaha a következő betegségek valamelyikét? (Kérjük, hogy egy „X”-el jelölje a választást!)

„X” = Igen „X” = Nem Amennyiben volt korábbi megbetegedés, az ELSŐ diagnózis dátuma

Szív- és érrendszeri megbetegedés: _____

Daganatos megbetegedés: _____

Cukorbetegség: _____

Magas vérnyomás: _____

Magas koleszterinszint: _____

Bármilyen mentális betegség vagy rendellenesség: _____

Veleszületett megbetegedés: _____

Amennyiben igen, milyen jellegű: _____

Alkohol vagy drogfüggőség: _____

Egyéb: _____

Pontos megnevezés: _____

Nem volt korábbi megbetegedés: _____

Időskori Biztonság

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

A 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: _____

5. BEJELENTŐ ALÁÍRÁSA

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	Alíráás
ALÁÍRÁS HELYE		 _____	