

Kórházi Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: KB/4LD/II/v1/2018

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük, töltsd 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 Szolgáltatási Igénybejelentő lap. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos által kitöltve). | <input type="checkbox"/> |
| 3. A kórházi kezeléssel szülő orvosi jelentés. | <input type="checkbox"/> |
| 4. A kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Abban az esetben, ha gyermek áll kórházi kezelés alatt (családi opció esetén) a születési anyakönyvi kivonat másolata, a házassági anyakönyvi kivonat másolata. Örökbefogadott gyermek(ek) esetén a felügyeleti jogot igazoló dokumentum. | <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), továbbá a TAJ kártya másolata. | <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"/> |

HA A KÓRHÁZI KEZELÉS OKA BALESET VOLT, KÉRJÜK, CSATOLJA AZ ALÁBBI DOKUMENTUMOKAT IS

- | | |
|---|--------------------------|
| 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"/> |
| 10. Tanúvallomások, teljes bizonyító erejű magánokirati formában, abban az esetben, ha a balesetről a fenti pontban foglalt egyik dokumentum sem készült. | <input type="checkbox"/> |

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Kárigény szempontjából (megfelelő négyzetet jelölje meg): biztosított a biztosított házastársa a biztosított gyermeke

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 biztosítótól)

Név: _____

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

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Kórházi Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: KB/4LD/II/v1/2018

3. KISKORÚ/GONDNOKOLT BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK/GONDNOKÁNAK ADATAI

(csak abban az esetben töltendő ki, ha a biztosított kiskorú, illetve gondnokság alatt áll)

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

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

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

4. A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSÁRA VONATKOZÓ ADATOK

A kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve: _____

Kórház/kezelőorvos telefonszáma: _____

A kórházi tartózkodás ideje: _____

Kórházi tartózkodás oka: Betegség Baleset

Betegség esetén annak megnevezése: _____

A kórházi tartózkodást igénylő betegség diagnosztizálásának időpontja: _____

Baleset esetén a baleset dátuma: _____

A kórházi tartózkodást okozó baleset rövid leírása: _____

5. 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: _____

6. INFORMÁCIÓK A BALESETET VIZSGÁLÓ SZERVEKRŐL (Csak baleset esetén kitöltendő)

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: _____

7. KIFIZETÉSI ADATOK MEGADÁSA

Utalás bankszámlára:

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

A bankszámla tulajdonos neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámla száma: _____

Kórházi Biztonság

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____
Nyomtatványszám: KB/4LD/I/v1/2018

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
(biztosított/felhatalmazott személy/kiskorú képviselője)

9. 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	Aláírás
	 _____	

ALÁÍRÁS HELYE