

Csoportos Élet, Baleset- és Egészségbiztosítás

Szolgáltatási igénybejelentő

Szerződésszám:

Szerződő adatai:

Szerződő neve:	<input style="width: 85%;" type="text"/>
Szerződő címe:	<input style="width: 85%;" type="text"/>

Biztosított adatai:

Biztosított neve:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Adóazonosító jele:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Születési helye:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Születési idő:	Év <input style="width: 15px;" type="text"/> Hó <input style="width: 15px;" type="text"/> Nap <input style="width: 15px;" type="text"/>
Címe:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Telefon/fax/email:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

Igénybejelentő adatai:

Igénybejelentő neve:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Adóazonosító jele:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Születési helye:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Születési idő:	Év <input style="width: 15px;" type="text"/> Hó <input style="width: 15px;" type="text"/> Nap <input style="width: 15px;" type="text"/>
Címe:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Telefon/fax/email:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

Szolgáltatási összeg utalásához pénzügyi adatok:

Pénzügyi intézet neve:	<input style="width: 85%;" type="text"/>
Bankszámlaszám:	<input style="width: 85%;" type="text"/>

Kérjük, részletezze a szolgáltatási igény okát és azok körülményeit!

A biztosítási esemény pontos időpontja:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	év	<input style="width: 90%;" type="text"/>	hó	<input style="width: 90%;" type="text"/>	nap	<input style="width: 90%;" type="text"/>
A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe:							
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>							

Baleset esetén töltendő ki:

Baleset időpontja:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	év	<input style="width: 90%;" type="text"/>	hó	<input style="width: 90%;" type="text"/>	nap	<input style="width: 90%;" type="text"/>	óra	<input style="width: 90%;" type="text"/>	perc	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Baleset pontos helye:											
Hogyan történt a baleset, milyen sérülés érte? Az esemény részletes leírása:											
<input style="width: 100%; height: 150%;" type="text"/>											

Ügyfélszolgálat

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

Csoportos Életbiztosítás

- Bármely okból bekövetkező halál
- Házastárs halála
- Egyéb: _____

Csoportos Balesetbiztosítás

- Baleseti halál
- Baleseti eredetű maradandó károsodás
- Baleseti kórházi napi térítés
- Baleseti kórházi gyógyulási támogatás 16. napon
- Baleseti eredetű időleges keresőképtelenség
- Baleseti műtéti térítés
- Baleseti gyógyulási támogatás
- Csonttörés, csontrepedés (múlékony nélkül)
- Közlekedési balesetre szóló költségtérítés
- Égési sérülés
- Közlekedési baleseti eredetű maradandó károsodás
- Egyéb: _____

Csoportos Egészségbiztosítás

- Betegségi kórházi napi térítés
- Betegségi kórházi gyógyulási támogatás 16. napon
- Betegségi eredetű időleges keresőképtelenség
- Betegségi műtéti térítés
- Félt betegség
- Egészségkárosodás miatt rokkantsági szolgáltatás
- Egyéb: _____

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratok másolatát kérjük:

Bármely okból bekövetkező halál, házastárs halála:

- Halott-vizsgálati bizonyítvány
 - Halotti anyakönyvi kivonat
 - Halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok
 - Kedvezményezetti nyilatkozat, vagy jogerős hagyatéki végzés
 - Kedvezményezett személyazonosító okmány, bankszámlaszám
- Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

Baleseti halál:

- Halotti anyakönyvi kivonat
 - Halottvizsgálati bizonyítvány vagy hiteles orvosi jelentés a halál okáról
 - Boncjegyzőkönyv
 - Rendőrségi jegyzőkönyv
 - Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)
 - Jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén)
 - Véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült)
 - Kedvezményezetti nyilatkozat, vagy jogerős hagyatéki végzés
 - Kedvezményezett személyazonosító okmány, bankszámlaszám
- Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

Baleseti eredetű maradandó károsodás:

- Szolgáltatás bejelentéséig keletkezett orvosi dokumentumok
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének

Baleseti kórházi napi térítés:

- Kórházi zárójelentés
- A balesettel összefüggő első és az azt követő összes orvosi dokumentum

Baleseti eredetű időleges keresőképtelenség

- Táppénzes ellátmányt igazoló dokumentum

Baleseti műtéti térítés

- Kórházi zárójelentés
- Műtéti leírás a műtét WHO kódjának megjelenítésével
- A balesettel összefüggő első és az azt követő összes orvosi dokumentum

Baleseti gyógyulási támogatás

- Legalább 30 nap folyamatos gyógytartamot orvos által igazoló dokumentum

Csonttörés, csontrepedés (múlékony nélkül)

- Baleset esetén a baleseti esemény általános dokumentumai
- Ha készültek: baleseti eseménynél leírt dokumentumok
- Csonttörést, repedést igazoló lelet

Közlekedési balesetre szóló költségtérítés

- Hivatalos jegyzőkönyv a károsodott, megsemmisült poggyász és/vagy ruházatról

Égési sérülés

- Az első orvosi ellátás dokumentumai
- Kórházi zárójelentés
- Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, kórházi zárójelentések (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet, MRI vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye)

Közlekedési baleseti eredetű maradandó károsodás:

- Rendőrségi jegyzőkönyv
- Jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén)
- Véralkohol vizsgálat, drogteszt
- Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, kórházi zárójelentések (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet, MRI vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye)
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének (amennyiben rendelkezésre áll)

Betegségi kórházi napi térítés:

- Kórházi zárójelentés
- A betegséggel összefüggő első és az azt követő összes orvosi dokumentum

Betegségi eredetű időleges keresőkép telenség

- Táppénzes ellátmányt igazoló dokumentum

Betegségi műtéti térítés

- Kórházi zárójelentés
- Műtéti leírás a műtét WHO kódjának megjelenítésével
- A betegséggel összefüggő első és az azt követő összes orvosi dokumentum

Félt betegség

- Kórházi zárójelentés, műtéti napi
- A betegséggel összefüggő első és az azt követő összes orvosi dokumentum

Egészségkárosodás miatt rokkantsági szolgáltatás

- Szolgáltatás bejelentéséig keletkezett orvosi dokumentumok
- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének

Egyéb:

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el!

1. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a biztosítóval szemben a titoktartás alól felmentem.
2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek, illetve kezelni fognak.
3. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg a munkáltató) a részemre kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatást adjon.
5. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli.

Kelt: _____ | 20 | | év | | hó | | nap |

Szolgáltatási igény bejelentő aláírása

MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS

Ezúton igazoljuk, hogy _____, született _____

201_____, a _____

(munkáltató neve, címe, adószáma) munkavállalója (hivatásos állományú tagja, ...stb.) felmondás alatt nem áll.

Jelen igazolást a biztosító kérésére adtuk ki.

Kelt: _____ 2 0 | | év | | hó | | nap |

Munkáltatói jogok gyakorlójának cégszerű aláírása