

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: _____
Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Szerződő / Biztosított

Szerződő neve: _____
Szerződő rövidített neve: _____ Cégjegyzék száma: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Állandó lakcím/Székhely vagy telephely: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele/Adószáma: _____
Fő tevékenysége: _____ Képviselőre jogosult neve, beosztása: _____

Biztosított neve: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Állandó lakcím: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

I. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik

Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása

igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző

VAGY:

II. A biztosítási összeg kifizetése euróban történik: (kizárólag az eurós eszközalapban befektetett biztosításokra vonatkozik)

Jogosult neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____
(IBAN-kód)

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása

igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző
azonosító okmány száma

Csoportos személybiztosítás alapján igényelt szolgáltatás esetén a munkáltatói igazolás a foglalkoztatásról:

Fenti biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta _____ év _____ hó _____ napig jelenleg is munkaviszonyban, alkalmazásban áll a fenti kötvényszámú szerződésben megjelölt _____ számú biztosítottak csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

szerződő aláírása, bélyegző

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsd ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Az igényelt szolgáltatás típusa és időpontja

Kérjük x-szel jelölni!

☐ betegségi kórházi napi térítés

Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata

☐ betegségi műtéti térítésBenyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolat
(a műtétről szóló zárójelentések másolata is)☐ megbetegedés miatti gyógytartamBenyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata
– táppénzes vagy orvosi igazolások másolatai a gyógytartamról☐ teljes és végleges egészségkárosodás
(rokkantsági díjmentesítés)Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata
– a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentumok másolatai
– nyugdíjazási határozat másolata☐ rettegett/kritikus betegségi szolgáltatás

Benyújtandó irat: – az összes orvosi dokumentum másolata

Biztosító orvosának szakvéleménye:

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a biztosító szakorvosának aláírása**Biztosító tölti ki:**

A kedvezményezett, a szerződő, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: _____
Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Szerződő / Biztosított

Szerződő neve: _____
Szerződő rövidített neve: _____ Cégjegyzék száma: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Állandó lakcím/Székhely vagy telephely: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele/Adószáma: _____
Fő tevékenysége: _____ Képviselőre jogosult neve, beosztása: _____
Biztosított neve: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Állandó lakcím: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

I. A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik

Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____
Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása

igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző

VAGY:

II. A biztosítási összeg kifizetése euróban történik: (kizárólag az eurós eszközalapban befektetett biztosításokra vonatkozik)

Jogosult neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____ , _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____
Bankszámlaszáma: HU – _____ – _____ – _____
(IBAN-kód)

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított aláírása

igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző
azonosító okmány száma

Csoportos személybiztosítás alapján igényelt szolgáltatás esetén a munkáltatói igazolás a foglalkoztatásról:

Fenti biztosított _____ év _____ hó _____ napja óta _____ év _____ hó _____ napig jelenleg is munkaviszonyban, alkalmazásban áll a fenti kötvényszámú szerződésben megjelölt _____ számú biztosítottak csoportjában.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

szerződő aláírása, bélyegző

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsd ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!