

# Időskori Biztonság

## 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.

## A SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK LISTÁJA (A káreljárás lefolytatása csak hiánytalanul beküldött és kitöltött dokumentumok esetén lehetséges)

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

1. Kitöltött és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap (eredeti példány).
2. Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos vagy háziorvos által kitöltve!)
3. 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).
4. 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: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

## 2. GYÓGYÍTHATLAN BETEGSÉGRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A betegség megnevezése: \_\_\_\_\_

A diagnózis időpontja: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Kezelő intézmény/kórház neve és címe: \_\_\_\_\_

Kezelőorvos neve: \_\_\_\_\_

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 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"/>	_____
Veleszületett 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"/>	

# 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 az Ön saját számlájára kéri a kifizetést, kérjük, töltsse ki „**Meghatalmazás kárkifizetéshez**” c. nyomtatványunkat.

A bankszámla tulajdonos neve: \_\_\_\_\_

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, hogy a kár-, illetve szolgáltatási igény bejelentése, annak rendezése során megadott biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatok kezelésének a célja a szolgáltatási igény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosításközvetítő honlapján ([www.4lifedirect.hu](http://www.4lifedirect.hu)) elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza. Alulírott kijelentem, hogy az általam fent közölt adatok és válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közzlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.

Helység	Dátum	Aláírás
		