

KÁRBEJELENTŐ TOVÁBBI KEDVEZMÉNYEZETT RÉSZÉRE

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: IB/IS/IC/ID/IE/SH/KC/BH/SZI/v1/2019

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük a dokumentumot NYOMTATOTT BETŰKKEL kitölteni.
- Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre.
- A kitöltött és aláírt bejelentő lap eredeti példányát a szükséges dokumentumokkal együtt kérjük a következő címre megküldeni:

4Life Direct Kft.
1138 Budapest
Madarász Viktor utca 47-49.

1. AZ ELHALÁLOZOTT BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

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

2. A KEDVEZMÉNYEZETT/KÁRBEJELENTŐ ADATAI

A kedvezményezett elhunytához való viszonya: _____

Kedvezményezett neve: _____

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

Születési hely: _____ Anyja neve: _____ Telefonszáma: _____

LEVELEZÉSI CÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házzám: _____ Emelet, ajtó: _____

E-mail cím: _____

3. KIFIZETÉSI ADATOK MEGADÁSA

Kérem, a 4Life Direct Kft. a biztosítási összeget részemre az alábbi adatok szerint juttassa el!

Utalás bankszámlára

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

A bankszámlatulajdonos neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____



Utca: _____ Házzám: _____ Emelet, ajtó: _____

Számlavezető bank neve: _____

Bankszámla száma: _____

4. A KEDVEZMÉNYEZETT/ KÁRBEJELENTŐ 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) elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza. Alulírott kijelentem, hogy az általam fent közölt adatok és válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.

ALÁÍRÁS HELYE	Helység	Dátum	Aláírás
		_____-_____-_____ 