

## Gyermelem Jövője Életbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_

Nyomtatványszám: GY/SZI/v1/2019

## 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.

Tájékoztatjuk, hogy a Ptk. 6:453 §-a alapján a biztosító kötelezettsége nem áll be, ha a biztosítási esemény bekövetkezését a szerződésben megállapított határidőben a biztosítónak nem jelentik be, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenül válik. Kérjük, hogy a Szolgáltatási Igénybejelentő kitöltése és a nyilatkozatok, melléletek csatolása során erre is szíveskedjen figyelemmel lenni.

## 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 és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap (eredeti példány). ☐
  2. Halottvizsgálati bizonyítvány másolata. ☐
  3. Halotti anyakönyvi kivonat másolata. ☐
  4. A kedvezményezett (biztosítási szolgáltatásra jogosult személy) személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata (mindkét oldal), ennek hiányában a személyi igazolvány és egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél, vezetői engedély). ☐
  5. Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges (zárójelentés, egyéb orvosi diagnózist vagy kórházi tartózkodást igazoló dokumentum). ☐
- Ha a halál oka baleset volt, kérjük csatolja az alábbi dokumentumokat is:**
6. Orvosi jelentések, ha a baleset után készültek. ☐
  7. Baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült. ☐
  8. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv, amennyiben készült. ☐

## 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: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

## LEVELEZÉSI CÍM

Helység: \_\_\_\_\_ Irányítószám: \_\_\_\_\_

Utca: \_\_\_\_\_ Házszám: \_\_\_\_\_ Emelet, ajtó: \_\_\_\_\_

## Gyermekek Jövője Életbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_

Nyomtatványszám: GY/SZI/v1/2019

## 3 A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A halál időpontja: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ A baleset időpontja: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

A halál helye (kórház, otthon, stb.): \_\_\_\_\_

Kórházban történt elhalálozás esetén a kórház címe: \_\_\_\_\_

Kezelőorvos neve: \_\_\_\_\_

Kezelőorvos telefonszáma: \_\_\_\_\_

Az elhunyt háziorvosának neve: \_\_\_\_\_

A háziorvos telefonszáma: \_\_\_\_\_

A háziorvos címe: \_\_\_\_\_

A HALÁL OKA (kérjük, részletezze, milyen körülmények vezettek a halálhoz):

---

---

---

---

## 4. EGÉSZSÉGÜGYI RÉSZLETEK (A kárbejelentést csak ezen pont kitöltése esetén tudjuk elfogadni!)

Az elhunytat diagnosztizálták valaha a következő betegségek valamelyikével? (Kérjük, hogy egy „X”-el jelölje a választát!)

„X” = Igen „X” = Nem Amennyiben volt korábbi megbetegedés, az ELSŐ diagnózis dátuma

Szív- és érrendszeri megbetegedés: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Daganatos megbetegedés: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Cukorbetegség: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Magas vérnyomás: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Magas koleszterinszint: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Bármilyen mentális betegség vagy rendellenesség: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Veszélyeztetett megbetegedés: ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Amennyiben igen, milyen jellegű: \_\_\_\_\_

Alkohol vagy drogfüggőség: ☐ ☐ \_\_\_\_\_Egyéb: ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Pontos megnevezés: \_\_\_\_\_

Nem volt korábbi megbetegedés: ☐ ☐ \_\_\_\_\_

## 5. INFORMÁCIÓ A HALÁLESET KAPCSÁN VIZSGÁLATOT VÉGZŐ SZERVEKRŐL (BALESET ESETÉN)

Abban az esetben, ha a haláleset kapcsán a rendőrség vagy egyéb hivatalos szerv vizsgálatot végzett, kérjük, adja meg az intézmények elérhetőségét.

---

---

Intézmény neve: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

Ügyszám: \_\_\_\_\_

## Gyermekem Jövője Életbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) \_\_\_\_\_

Nyomtatványszám: GY/SZI/v1/2019

### 6. BALESET VIZSGÁLATÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK (Csak baleset esetén kitöltendő)

Kérjük, hogy egy „X”-el jelölje a választát!

- Az elhalálozás helyszíne: ☐ Otthon ☐ A kórházba vezető úton ☐ Kórházban ☐ Egyéb
- Közúti balesetből eredendően következett be a halál: ☐ Igen ☐ Nem
- Amennyiben igen, az elhunyt volt a: ☐ Sofőr ☐ Utas ☐ Gyalogos
- Az elhunyt rendelkezett gépjármű vezetői engedéllyel? ☐ Igen ☐ Nem
- Készült véralkoholszint mérés? ☐ Igen ☐ Nem
- Véralkoholszint mérés eredménye (amennyiben történt mérés): ☐ g/100kl
- Van arra utaló jel, hogy az elhunyt öngyilkosságot követett el? ☐ Igen ☐ Nem

### 7. 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 a kedvezményezett 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: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

### 9. 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 közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.

|                                                                                    |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Helység                                                                             | Dátum                                                                               | Aláírás                                                                             |
|                                                                                    |  |  |  |