

Határozott Idejű Kockázati Életbiztosítás

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Határozott idejű kockázati életbiztosítás esetén

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: TL/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 kideríthetatlenné válik. Kérjük, hogy a Szolgáltatási Igénybejelentő kitöltése és a nyilatkozatok, mellékletek csatolása során erre is szíveskedjen figyelemmel lenni.

A KÖTELEZŐEN BEKÜLDENDŐ DOKUMENTUMOK LISTÁJA

(A kéreljárás lefolytatása csak az alább jelzett, 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 másolata, 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 másolata, ha a baleset után készültek. | ☐ |
| 7. Baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült. | ☐ |
| 8. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült. | ☐ |
| 9. Rendőrségi és boncolási jegyzőkönyv másolata, 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: _____ Telefonszáma: _____

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

E-mail cím: _____

LEVELEZÉSI CÍM (csak abban az esetben kell kitölteni, ha az a bejelentett lakcímtól eltér)

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

* Abban az esetben, ha több kedvezményezett került megjelölésre a biztosításban, kérjük, töltsse ki „Kárbejelentő – További kedvezményezett részére” c. nyomtatványunkat is.

Határozott Idejű Kockázati Életbiztosítás

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Határozott idejű kockázati életbiztosítás esetén

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: TL/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:	☐	☐	_____
Veleszületett 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: _____

Határozott Idejű Kockázati Életbiztosítás

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Határozott idejű kockázati életbiztosítás esetén

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: TL/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

Abban az esetben, ha nem az Ön saját számlájára/postai címére kéri a kifizetést, kérjük, tölts ki „**Meghatalmazás kárkifizetéshez**” c. nyomtatványunkat.

Kérem, a 4Life Direct Kft. a biztosítási összeget részemre az alábbi módon juttassa el! (Kérjük, válasszon egy kifizetési módot!)

☐ **Utalás bankszámlára:**

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 válllok arra, hogy a gondnoki kirendelés szabályai szerint járok el a jelen kárrendezési eljárás során kifizetett biztosítási összeggel kapcsolatban.

_____ Helység _____ Dátum _____ Aláírás _____

9. 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.

	Helység	Dátum	Aláírás
			