

Baleseti Halál Biztosítás

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

1. Kérjük, töltsd ki ezt az űrlapot NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL.
2. Kérjük, válaszolj az összes kérdésre, illetve győződj meg arról, hogy a következő pontban felsorolt szükséges dokumentumokat hiánytalanul mellékelte.
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

1. Kitöltött és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap. (eredeti példány)
2. Halotti anyakönyvi kivonat másolata.
3. Halottvizsgálati bizonyítvány 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. Kiskorú kedvezményezett esetén a képviselőre jogosító irat másolata, nyilatkozat melyben kijelenti, hogy a hatályos törvények szerint jár el; gyámhatósági fenntartásos számla száma.
6. Cselekvőképességet teljesen vagy részlegesen korlátozó gondokság alatt álló kedvezményezett esetén a képviselőre jogosító irat másolata.
7. Orvosi jelentések, ha a baleset után készültek.
8. Baleseti jegyzőkönyv másolata, melyet a rendőrség vagy ügyészség állított ki.
9. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben a baleset a munkahelyen történt.
10. Boncolási jegyzőkönyv másolata, amennyiben készült.

1. AZ ELHALÁLOZOTT BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

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

2. A KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI*

Kedvezményezett neve: _____

A kedvezményezett elhunytához való viszonya: _____

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

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házzám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

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

3. KISKORÚ / GONDNOKOLT KEDVEZMÉNYEZETT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK/GONDNOKÁNAK ADATAI (csak abban az esetben, ha a kedvezményezett kiskorú, illetve gondnokság alatt áll)

Én (megfelelő négyzetet jelölje meg): ☐ szülő ☐ gyám ☐ gondnok ☐ nevelőszülő

Ügyfél neve: _____

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

BEJELENTETT LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házzám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

Baleseti Halál Biztosítás

4. A BIZTOSÍTOTT HALÁLÁRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

A halál időpontja: _____ A baleset időpontja: _____

A halál helye (kórház, otthon, stb.): _____

A halál helyének címe: _____

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

5. A HALÁLESET KAPCSÁN TOVÁBBI INFORMÁCIÓT NYÚJTÓ ORVOS/ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNY

Név/Intézmény neve: _____

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Vezetékes telefonszám: _____ Mobiltelefonszám: _____

E-mail cím: _____

6. INFORMÁCIÓ A HALÁLESET KAPCSÁN VIZSGÁLATOT VÉGZŐ SZERVEKRŐL

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

_____ Telefonszám: _____

7. KEDVEZMÉNYEZETT/ KISKORÚ VAGY GONDNOKOLT KÉPVISELŐJÉNEK KIFIZETÉSI FELHATALMAZÁSA

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.

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: _____

Baleseti Halál Biztosítás

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.

ALÁÍRÁS HELYE

Helység

Dátum

Aláírás

