redsands 4LIFE DIRECT MAGYARORSZÁG

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Balesetbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: BB/BD/BG/BF/v1/2019

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

1. Kérjük, töltse ki ezt az űrlapot NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL.
2. Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre, illetve győződjön 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 (A káreljárás 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. Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos vagy háziorvos által kitöltve). ☐
3. A balesetről szóló orvosi jelentés (Zárójelentés, Ambuláns lap). ☐
4. A kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok. ☐
5. A biztosítási szolgáltatásra jogosult személy személyi igazolványának és lakcímkártyájának másolata, ennek hiányában a személyi igazolvány és egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél, vezetői engedély). ☐
6. Maradandó rokkantság esetén a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy annak jogutódja)határozata arról, hogy a biztosított fél fogyatékossága nem fordítható vissza, és a biztosított fél nem javasolt rehabilitációra vagy a rokkantsági ellátásra jogosult a 2011. évi CXCI tv. 5. § (1) és (2) bekezdései (vagy ezek későbbi megfelelői) alapján. ☐
7. Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges a fenti iratok alapján, vagy azok pontosítása érdekében – 4Life Direct Kft. kérésének megfelelően. ☐
8. Baleseti jegyzőkönyv másolata, melyet a rendőrség vagy ügyészség állított ki. ☐
9. Munkáltató által készített baleseti jegyzőkönyv másolata, amennyiben a baleset a munkahelyen történt. ☐

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Kárigény szempontjából (megfelelő négyzetet jelölje meg): ☐ Testi sérülés ☐ Kórházi ápolás ☐ Maradandó rokkantság

Név: _____

Születési idő: ____ – ____ – ____ Személyi igazolvány száma: _____ TAJ kártya száma: _____

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

2. A SZERZŐDŐ ADATAI (kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha eltér az 1. pontban megadott biztosítottól)

Név: _____

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

LAKCÍM

Helység: _____ Irányítószám: _____

Utca: _____ Házszám: _____ Emelet, ajtó: _____

Mobiltelefonszám: _____ Vezetékes telefonszám: _____

E-mail cím: _____

redsands 4LIFE DIRECT MAGYARORSZÁG

Balesetbiztosítás

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: BB/BD/BG/BF/v1/2019

3. BALESET KÖRÜLMÉNYEIRE VONATKOZÓ ADATOK

Baleset dátuma: _____

A baleset rövid leírása: _____

Ellátást nyújtó kórház/ambulancia neve és címe: _____

Kórházi tartózkodás esetén: _____

A kórházi tartózkodás időtartama: ____. ____. ____. – ____. ____. ____.

Kezelőorvos neve: _____

4. A HÁZIORVOS ADATAI, AKI TOVÁBBI INFORMÁCIÓT TUD NYÚJTANI A KEZELÉST ÉS A BIZTOSÍTOTT JELENLEGI EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁT ILLETŐEN

Az orvos neve: _____

A kórház/egészségügyi intézmény neve és címe: _____

Telefonszám: _____

5. INFORMÁCIÓK A BALESETET VIZSGÁLÓ SZERVEKRŐL

Abban az esetben, ha a kórházi tartózkodás baleset eredménye, és a baleset kapcsán a rendőrség vagy egyéb hivatalos szerv vizsgálatot végzett, kérjük, adja meg az intézmények nevét és elérhetőségét.

Intézmény neve: _____ Telefonszám: _____ Ügyszám: _____

6. 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, töltse 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: _____

redsands 4LIFE DIRECT MAGYARORSZÁG

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

Balesetbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

Nyomtatványszám: BB/BD/BG/BF/v1/2019

7. 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 (biztosított/felhatalmazott személy/kiskorú képviselője)
	_____	

8. BEJELENTŐ/BIZTOSÍTOTT 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
	_____	