

## Balesetbiztosítás

### ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük, töltsse ki ezt az űrlapot NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL.
- Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre, illetve győződjön meg arról, hogy a következő pontban felsorolt szükséges dokumentumokat hiánytalanul mellékelte.
- 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 kéreljárás lefolytatása csak hiánytalanul beküldött és kitöltött dokumentumok esetén lehetséges)

Kérjük, hogy "X"-el jelölje a bejelentő nyomtatványhoz mellékelt dokumentumokat!

- Kitöltött és aláírt Szolgáltatási Igénybejelentő lap (eredeti példány).
- Kitöltött orvosi nyilatkozat (A kezelőorvos vagy háziorvos által kitöltve).
- A balesetről szóló orvosi jelentés (Zárójelentés, Ambuláns lap).
- A kórházi kezelés okát igazoló egyéb orvosi dokumentumok.
- A kedvezményezett (biztosítási szolgáltatásra jogosult személy) személyi igazolványának mindkét oldali másolata és lakcímkártyájának lakcímes oldalának másolata, ennek hiányában egyéb személyazonosító okmány másolata (útlevél vagy vezetői engedély).
- Maradandó rokkantság esetén a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (vagy annak jogutódja) határozata arról, hogy a biztosított fél fogyatékosága 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.
- Minden egyéb olyan dokumentum, amely a kárigény elbírálásához feltétlenül szükséges a fenti iratok alapján, vagy azok pontosítása érdekében – 4Life Direct Kft. kérésének megfelelően.
- Baleseti jegyzőkönyv másolata, melyet a rendőrség vagy ügyészség állított ki.
- 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: \_\_\_\_\_

## Balesetbiztosítás

### 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 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 adatok szerint juttassa el! (Kérjük válasszon egy kifizetési módot!)

Abban az esetben, ha Ön nem a saját számlájára/lakcímére kéri a kifizetést, kérjük töltsse ki „Meghatalmazás kárkifizetéshez” c. nyomtatványunkat. (eredeti példány)

**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: \_\_\_\_\_

## Balesetbiztosítás

### 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](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.

<b>ALÁÍRÁS HELYE</b>	Helység	Dátum	Aláírás
			