

„BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉN”

A Biztosítottról szerzett információ biztosítási titoknak minősül, ezt az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft., illetve a Biztosító szigorúan a kárrendezés céljából dolgozza fel.

1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K _____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő :

□ □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □

Számlatulajdonos neve: _____

Bank neve: _____

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.

Maradandó egészségkárosodás: _____

Írja le röviden hol, milyen körülmények között történt a baleset: _____

A baleset kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása? Igen Nem

3 A BIZTOSÍTOTT HÁZIORVOSÁNAK ADATAI

A biztosított házi orvosának a neve: _____ Tel: _____

Címe: _____

4 IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI

Igénybejelentő neve: _____ Tel: _____

Címe: _____

Levelezési címe: _____

5 IGÉNYBEJELENTŐ NYILATKOZATA

Alulírott kijelentem, hogy fenti kérdésekre adott valamennyi válaszom a valóságnak megfelel és teljes. Tudomásul veszem, hogy szándékosan hamis információ közlése vagy elhallgatása, szándékosan pontatlanul történő megadása egyéb polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után, különösen a Büntető Törvénykönyv szerinti pénzbüntetést és a szabadságvesztést.

Hozzájárulok, hogy az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. (mint a Biztosító Kárügyintézője) továbbítsa a jelen lapon szereplő információkat minden olyan személynek/szervnek, akinek a Kárügyintéző a kárrendezés szempontjából szükségesnek tartja.

Ezen nyilatkozatommal felmentem a munkáltatómat, az engem kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.-vel (mint a Biztosító kárügyintézője) szembeni titoktartási kötelezettségük alól és egyben felhatalmozom őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a Kárügyintéző részére történő továbbítására.

Kelt, dátum:

Igénybejelentő aláírása:

„BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉN”

**CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ OLDALÁT KÜLDJE BE.
JELEN OLDAL SEGÍT ÖNNEK A IGÉNYBEJELENTÉSHEZ SZÜKSÉGES LÉPÉSEK VÉGHEZVITELÉHEZ.**

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

- Nyomatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden kért mezőt.
- Jelen igénybejelentő csak egy biztosított adatait tartalmazhatja.
- Csatolja a következőket:
 - Az összes érvényes munkaszerződést, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt:
 - Visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan.
 - A Csatlakozási Nyilatkozat aláírását követő időszaktól a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
 - A Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát.
 - Abban az esetben ha a Biztosított a szerződéskötéskor vagy a szerződés tartama alatt jelezte, hogy rendelkezik hitel vagy lízing szerződéssel, akkor a hitel- vagy lízingszerződés másolatát.
 - A szerződés megkötésekor bejelentett Havi Nettó Jövedelmet igazoló három havi bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
 - A Biztosított személyi igazolványának és lakcím kártyájának fénymásolatát,
 - Véralkohol vizsgálati eredményét (ha készült),
 - Közlekedési vagy munkabaleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
 - Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást lezáró határozat másolatát, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerúség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági ítéletet),
 - A Balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási esemény időpontjától;
 - A Biztosított személyi gépjármű vezetése során bekövetkezett Biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát,
 - az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSzSz) első fokú orvosi bizottságának szakvéleményét (ha készült).
- Írja alá a jelen igénybejelentőt és a dátum mezőt is töltsse ki.
- Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
- Kérdés esetén fordulhat az APRIL szakembereihez a 06-1- 555 64 00 telefonszámon.

AZ IGÉNYBEJELENTŐT AZ ALÁBBI CÍMRE POSTÁZZA

**APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.
1062 Budapest
Aradi u. 8-10.**

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.