UNION BIZTOSÍTÓ
VIENNA INSURANCE GROUP

Telekom Családi biztosítás Igénylőlap

Baleseti szolgáltatáshoz

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: Egyedi UNION-Pillér

Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Kérjük, nyomtatott betűvel töltse ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Szerződő / Biztosított

Szerződő neve: **Magyar Telekom Nyrt.** Székhely: **1013 Budapest, Krisztina krt. 55.**

Adószám: 10773381-2-44 Cégjegyzékszám: 01-10-041928

Biztosított neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____/ _____ / _____ , _____

Állandó lakcím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

A biztosítási összeg felvételére jogosult(ak) adatai

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____/ _____ / _____ , _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____

(2) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____/ _____ / _____ , _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ biztosított aláírása

_____ igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset miatti haláleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

_____

A baleset során más sérült-e, ha igen, kérjük a nevét: _____ TAJ számát: _____

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábítószerek fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

☐ igen ☐ nem (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőri intézkedés?

☐ igen ☐ nem (ha igen, a határozat másolatát, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

☐ igen ☐ nem (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

☐ igen ☐ nem _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____ igénybejelentő/biztosított aláírása / azonosító okmány száma

Az igényelt szolgáltatás típusa

Kérjük x-szel jelölni!

	Benyújtandó irat:	– az utolsó telefondíj befizetéséről a számla másolata – a telefon előfizetője és a biztosított lakcímkártyájának másolata
Továbbá:		
☐ balesetből eredő maradandó egészségkárosodás 51%-tól vagy ☐ közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás 51%-tól	Benyújtandó iratok:	– az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata – orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i) – a maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító szakértői dokumentum másolata – a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum másolata – hatósági intézkedés esetén a határozat másolata – alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai
☐ baleseti halál vagy ☐ közlekedési balesetből eredő halál	Benyújtandó iratok:	– orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i) – halotti anyakönyvi kivonat másolata – a halál okát megállapító bizonyítvány másolata (halottvizsgálati bizonyítvány) – az örököst megállapító közjegyzői okirat másolata – kiskorú kedvezményezett esetén a gyámhatósági határozat másolata – kedvezményezett(ek) személy igazolvány és lakcímkártya másolata – a hatósági intézkedés esetén a határozat másolata – alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____
igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

_____

_____

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____
a biztosító szakorvosának aláírása

Biztosító tölti ki:

A kedvezményezett, a szerződő, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

_____
területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása