

SZEMÉLYBIZTOSÍTÁS

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ LAP

Contact Center: 06 40 405 405

Fax: 06 1 458 4260

Élet-, betegség-, balesetbiztosításhoz, valamint vagyonszámhoz kötött balesetbiztosításhoz.

www.signal.hu, info@signal.hu

Csak azokat az oldalakat szíveskedjen kinyomtatni, amelyek szükségesek az Ön igénybejelentéséhez! Az 1. és a 4. oldalt valamennyi bejelentéshez ki kell tölteni. A 2. oldal a balesetbiztosítással, a 3. oldal az életbiztosítással kapcsolatos igényhez szükséges. Amennyiben a kitöltéssel, vagy a csatolandó iratokkal kapcsolatosan kérdése merülne fel, kérjük szíveskedjen a Contact Centeren keresztül ügyfélszolgálatunkkal felvenni a kapcsolatot, ahol segítünk Önnek! Telefonszám: 06 40 405 405

Kötvényszám (kötelező kitölteni):

Szerződő adatai: (Amennyiben a szerződő és a biztosított azonos személy, csak a biztosított mezőket kérjük kitölteni!)

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Biztosított adatai:

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Együttbiztosított adatai:

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Kiskorú biztosított vagy együttbiztosított esetén a törvényes képviselő adatai: (pl. szülő, gyám)

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Kedvezményezett adatai:

Több kedvezményezett megnevezése esetén pótlap csatolása szükséges (5. oldal)

Név: _____ születés ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Anyja neve: _____

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő adatai: (pl. szülő, gyám)

(Tájékoztató: Kiskorú kedvezményezett esetén, 100.000.-Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhezvétele után fizeti ki társaságunk. A határozat kiadását társaságunk indítványozza az illetékes gyámhivatalnál!)

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

Balesetbiztosítási szerződésre és kiegészítő módozatokra vonatkozó igénybejelentés

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

A baleset **helye**, és részletes **leírása**:

A balesetet követő első orvosi ellátás helye, egészségügyi intézmény neve, címe. (Kérjük, csatolja az első ellátásról szóló orvosi igazolás másolatát.): _____

A jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően baleset, vagy betegség miatt sérült volt-e?

igen nem (Igen válasz esetén kérjük, csatolja a korábbi sérülés vagy betegség miatti orvosi ellátás dokumentációit.)

A biztosított személy sporttevékenységének megnevezése:

hivatásos sportoló versenyző sportoló hobby sportoló nem sportol

Balesetbiztosítási szolgáltatás igényléséhez minden esetben kérjük csatolni az alábbi iratokat,

- ha a baleset során készült rendőrségi eljárás, annak jegyzőkönyvét,
- ha készült véralkohol vizsgálat, annak eredményét,
- ha gépjárművezetés közben történt a baleset, a fenti iratokhoz csatolja a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.

Balesetbiztosítási szolgáltatás igénylésének jellege: (kérjük X-szel jelölni)	Az alább megnevezett leleteket, iratokat minden esetben kérjük csatolni az adott igénybejelentés jellegének megfelelően.
<input type="checkbox"/> Csonttörés	Rtg. lelet
<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napidíj	Kórházi zárójelentés
<input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés	Műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot.
<input type="checkbox"/> Baleset miatti plasztikai műtéti térítés	Műtéti költségek miatti számlák eredeti példánya
<input type="checkbox"/> Égési sérülés kiegészítő biztosítás	A testfelületet 20%- felett ért és legalább II. fokú égési sérülés ellátásáról szóló orvosi dokumentációt.
<input type="checkbox"/> Baleseti gyógyulási támogatás	A balesettel összefüggő, a baleset napjától számított két éven belüli kórházi kezelésről szóló zárójelentés és műtéti leírás, vagy az ambulánsan végzett műtét leírása.
<input type="checkbox"/> Baleseti táppénz, ill. keresőképtelenség miatti kárigényhez szükséges dokumentációk	A baleset után készült valamennyi orvosi lelet, valamint a táppénzes állomány igazolása.
<input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés kiegészítő	A balesettel összefüggő, a baleset következményeinek felszámolására irányuló, a biztosított gyógyulásával kapcsolatos számlák.
<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság	A baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció, a balesetet követő egy év múlva a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentés. A baleset miatti amputáció esetén azonnal benyújtható a baleseti rokkantsági kárigény!
<input type="checkbox"/> Baleseti halál	- A baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció, - halott vizsgálati bizonyítvány, - halotti anyakönyvi kivonat, - rendőrségi, vagy hatósági határozat.
<input type="checkbox"/> Egyéb szolgáltatás:	<input type="checkbox"/> Csatolt iratok:

Életbiztosítási szerződésre és kiegészítő módozatokra vonatkozó igénybejelentés	
Igénylésének jellege: (kérjük X-szel jelölni)	Az alább megnevezett leleteket, iratokat minden esetben kérjük csatolni.
<input type="checkbox"/> Csonttörés	Rtg. lelet.
<input type="checkbox"/> Kórházi napidíj	Kórházi zárójelentés.
<input type="checkbox"/> Baleseti vagy betegségi műtéti térítés	Műtéti leírás, mely tartalmazza a WHO kódot.
<input type="checkbox"/> Szülési támogatás	Szülőanya kórházi zárójelentése és a gyermek születési anyakönyvi kivonata.
<input type="checkbox"/> Baleseti halál	<ul style="list-style-type: none"> - A baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció, - halott vizsgálati bizonyítvány, - halotti anyakönyvi kivonat, - rendőrségi, vagy hatósági határozat.
<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság	A gyógykezelésre vonatkozó valamennyi orvosi dokumentáció, (valamint a balesetet követő egy év múlva a kezelőorvos által írt részletes állapotjelentést). A baleset miatti amputáció esetén azonnal benyújtható a baleseti rokkantsági kárigény!
<input type="checkbox"/> TB-III. miatti egyszeri szolgáltatás	TB rokkantsági határozat + OOSZI jegyzőkönyv.
<input type="checkbox"/> TB-I-II. miatti egyszeri szolgáltatás	TB rokkantsági határozat + OOSZI jegyzőkönyv.
<input type="checkbox"/> Munkaképtelenség esetén 43. naptól díjmentességi kárigény	<ul style="list-style-type: none"> - A betegállományban töltött időszakra vonatkozó orvosi igazolás, a diagnózis kódjával ellátva. - A betegállomány időszakában készült ambuláns vizsgálati leletek, kórházi zárójelentés. - Veszélyeztetett terhesség esetén a terhes-kiskönyv azon oldalainak másolatát, mely tartalmazza a kismama személyére, a kiskönyv kiállítására és a szülés várható idejére vonatkozó adatokat.
<input type="checkbox"/> Haláleset	<ul style="list-style-type: none"> - Háziorvos által kitöltött haláleset utáni orvosi jelentés nyomtatvány. (Csak akkor, ha a haláleset a biztosítás megkötését követő 5 éven belül történt!) - A biztosított halálát okozó betegség kezdeti időpontjának és lefolyásának, valamint a halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok. - A halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány. - Halotti anyakönyvi kivonat. - A biztosítási kötvény eredeti példánya.
<input type="checkbox"/> Elérés	<ul style="list-style-type: none"> - A biztosítási kötvény eredeti példánya. - A biztosított és a kedvezményezett életben-létét hitelt érdemlően igazoló okirat személyes bemutatása.
<input type="checkbox"/> Házasságkötés miatti lejáratí kifizetés	<ul style="list-style-type: none"> - A biztosítási kötvény eredeti példánya. - A házassági anyakönyvi kivonat. - A biztosított és a kedvezményezett életben-létét hitelt érdemlően igazoló okirat személyes bemutatása .
<input type="checkbox"/> Egyéb szolgáltatás:	<input type="checkbox"/> Csatolt iratok:

Biztosított, illetve igénybejelentő aláírása (kiskorú esetén törvényes képviselője)

Kelt: _____

 biztosított aláírása

Kedvezményezett (kiskorú esetén törvényes képviselője) **nyilatkozata**

(Tájékoztató: Kiskorú kedvezményezett esetén, 100 000 Ft-ig a kiskorú törvényes képviselőjének fizetjük ki, az ezt meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhezvétele után fizeti ki társaságunk, a kiskorú nevére megnyitott fenntartásos betétkönyvbe. A határozat kiadását társaságunk indítványozza az illetékes gyámhivatalánál!)

A szolgáltatási összeget nem az első oldalon feltüntetett lakcímre, hanem az alábbi számlaszámra kérem utalni:

Pénzintézet neve: _____
 Bankszámlaszám: - -

Kelt: _____

 kedvezményezett aláírása
 (kiskorú esetén törvényes képviselője)

Tájékoztató a kedvezményezett részére! Amennyiben a biztosítási szerződés megkötésekor a biztosítási szerződés szerződője nem azonosította magát, vagy az életbiztosítási szolgáltatás összege személyenként jelen szolgáltatás kifizetéséig, vagy azzal együtt meghaladja az 3,6 millió forintot, a pénzmosásról rendelkező törvényben (2007. évi CXXXVI. tv. 7. §.) meghatározott „Azonosítási adatlap” kitöltéséhez Társaságunk legközelebbi ügyfélszolgálati irodáját szíveskedjen felkeresni.

A biztosítási kötvényben megnevezett több kedvezményezett miatt _____ darab személybiztosítás szolgáltatási igénybejelentő pótlap csatolva.

Szerződő nyilatkozata

Munkaképtelenség esetén 43. naptól díjmentességi kárigényhez szükséges kitölteni.

Kérem a kárigényből eredő díjtöbblet visszautalását a díjfizetés helyére:

igen nem

Kelt: _____

 (aláírás)

(Hiányos kárbejelentés esetén, a biztosítótársaság munkatársa tölti ki!)

Hiányzó dokumentáció(k) megnevezése:

A mai napon átadott kárigényem hiányos, ezért az fentiekben megnevezett dokumentációt a SIGNAL Biztosító Zrt. Személybiztosítási kárrendezési csoport, 1123 Budapest, Alkotás u. 50. címre ajánlott levélben pótlólag megküldöm.

Tudomásul veszem, hogy a hiánypótlás fenti címre történő beérkezéséig kárigényem érdemben nem ügyintézhető.

A SIGNAL Biztosító Zrt. részéről átvette: _____

Szervezeti egység: _____

Kelt: _____

 (aláírás)

PÓTLAP: _____ **kötvényszámú szerződéshez**

További kedvezményezett neve: _____ születési helye: _____

ideje: _____ év, _____ hó, _____ nap, anyja neve: _____

Cím: _____

Amennyiben a szolgáltatási összeget számlaszámára kéri utalni, kérjük adja meg az alábbi adatokat:

Pénzintézet neve: _____

Bankszámlaszám: - -

Kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő adatai: (pl. szülő, gyám)

(Tájékoztató: Kiskorú kedvezményezett esetén, 100.000.-Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhezvétele után fizeti ki társaságunk. A határozat kiadását társaságunk indítványozza az illetékes gyámhivatalnál!)

Név: _____ telefon/fax: _____

Cím: _____

kedvezményezett aláírása
(kiskorú esetén törvényes képviselője)