

KÁRBEJELENTŐ

(Munkaképtelenség esetén 61. naptól)

Contact Center: 06 1 458 4200

Fax: 06 1 458 4260

www.signal.hu, info@signal.hu

Kirendeltség kódja:

Kárszám:

ÜGYFÉL TÖLTI KI

1. A biztosított neve (nőknél leánykori név is):		2. Születési év, hó nap:	
3. Állandó lakhely (helység, utca, szám, irányítószám):		4. Levelési cím:	
5. Születési hely:		6. Anyja neve:	
7. Foglalkozás:		8. Munkahely (neve és címe):	
9. Munkakör:		10. Táppénzjogosult-e:	
11. Betegség kezdetének ideje:		20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
12. Betegség esetén milyen panaszai és tünetei voltak?			
13. Volt-e már korábban is ilyen jellegű betegsége? Ha igen mi és mikor?		20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
14. A baleset ideje:		20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
15. A baleset helye:			
16. A baleset leírása (Hogyan történt, milyen sérülés érte?)			
17. Érte-e már korábban is baleset? Ha igen mikor, milyen baleset és mely testrészén?		20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
18. Volt-e már előzőleg sérülése a most sérült testrészén?			
Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.			
Vizsgáló és kezelőorvosaimnak, társadalombiztosítási kifizetőhelyemnek az orvosi titoktartás alól egészségügyi állapotom, betegsége (balesetem) következményei tekintetében a SIGNAL Biztosító Zrt-vel szemben felmentést adok.			
Kelt: 20... évhónap			
..... A biztosított aláírása			