

Szolgáltatási igénybejelentő Egyéni baleset-, betegség-, életbiztosításhoz

Kötvényszám(ok):

Biztosított adatai:

Neve: _____ Születési ideje: _____
Állandó lakcím: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszáma: _____ e-mail címe: _____
Foglalkozása: _____
Munkahely neve, címe, telefonszáma: _____

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

Szerződő neve: _____ Születési ideje: _____
Állandó lakcím/Székhely címe*: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszáma: _____ e-mail címe: _____

Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) adatai:

Neve: _____
Állandó lakcím: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszáma, e-mail címe: _____

* Jogi személy esetén

Kérjük baleset esetén töltsd ki!

Baleset időpontja: _____
Baleset helyszíne és a baleset körülményeinek leírása:

A jelenleg sérült testrész volt-e megelőzőleg betegség következtében károsodott vagy baleset következtében sérült? Ha igen milyen mértékben? _____

Történt-e rendőri intézkedés? Ha igen, mely szervnél? _____

A balesetet követően történt-e véralkohol vizsgálat? Ha igen, hol és milyen eredménnyel? _____

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Baleseti maradandó rokkantság | ☐ Baleseti műtéti térítés | ☐ Baleseti kórházi napi térítés |
| ☐ Csonttörés | ☐ Égési sérülés | ☐ Baleseti sérülések |
| ☐ Táppénz | | |

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem: (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ A baleseti sérülés ellátásával kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, az első ellátás időpontjától az igénybejelentés időpontjáig (pl.: ambuláns lapok, kórházi zárójelentések) | ☐ Rendőrhatósági jegyzőkönyv (ha készült) | ☐ Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült) |
| ☐ Motoros baleset esetén, a motor hengerűrtartalmát igazoló irat (pl.: forgalmi engedély) | ☐ ORSZI szakvélemény másolata | ☐ Egyéb iratok |

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.

Kérjük betegség eredetű ellátások esetén töltse ki!

Kórházi ápolás(ok) időtartama: _____

Műtési beavatkozás időpontja (ha történt), vagy ambuláns ellátás időpontja: _____

Szenvedett-e korábban a jelenlegi betegségben? Ha igen, mikor?

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Kórházi napi térítés | ☐ Műtési térítés | |
| ☐ Kritikus betegség | ☐ Maradandó rokkantság | ☐ Mother Plus fedezet |
| ☐ Táppénz | ☐ Rokkantsági díjmentesítés | ☐ Egyéb |

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem: (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)

- | | |
|--|---|
| ☐ A betegség diagnosztizálásával és kezeléseivel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata | |
| ☐ Műtési leírás másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés) | ☐ Kórházi tartózkodást igazoló zárójelentés másolata |
| ☐ Szövettani eredmény másolata (ha van) | |
| ☐ A maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult közigazgatási szerv szakvéleményének másolata | |
| ☐ A Kritikus betegségek esetére szóló biztosítás különös feltételeiben felsorolt egyéb dokumentumok | |

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.

Kérjük haláleset esetén töltse ki!

Halálozás időpontja: _____ Halálozás helye: _____

Mikor állították fel a haláleset okául szolgáló alapbetegség diagnózisát? _____

Baleseti halál esetén, a baleset helyszíne és körülményei:

A biztosított házi orvosának neve, címe: _____

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| ☐ Haláleset | ☐ Junior díjmentesítés | ☐ Egyéb |
|------------------------------------|---|--------------------------------|

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem: (A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)

- | | |
|---|--|
| ☐ Hitelesített halotti anyakönyvi kivonat (Közjegyzővel vagy anyakönyvvezetővel hitelesítve) | |
| ☐ Halottvizsgálati bizonyítvány másolat | |
| ☐ Kedvezményezett születési idejét hitelt érdemlően bizonyító okirat másolata (pl.: születési anyakönyvi kivonat) | |
| ☐ Boncjegyzőkönyv másolat | |
| ☐ Házi orvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet | |
| ☐ A haláleset alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata | |
| ☐ Hagyatékatadó végzés/Öröklési bizonyítvány | |
| ☐ Rendőrhatalósági jegyzőkönyv | |
| ☐ Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása | |

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a benyújtott dokumentáció hiányos, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésére álló dokumentumok alapján bírálhatja el.

A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához az „Orvosi igazolás” elnevezésű nyomtatvány kitöltését is kérheti.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a törvényi szabályoknak megfelelően, a szolgáltatás teljesítésének feltétele a szolgáltatásra jogosult személy azonosítása. Kérjük, amennyiben az azonosítás a korábbiakban nem történt meg, az azonosítás részleteivel kapcsolatosan hívja tanácsadóját vagy ügyfélszolgálatunkat.

Kedvezményezett: Nem haláleseti szolgáltatás esetén, név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában maga a biztosított. Haláleseti szolgáltatás esetén a név szerint megjelölt kedvezményezett(ek), kedvezményezett jelölés hiányában a törvényes örökös(ök).

Kiskorú kedvezményezett/biztosított esetén a 200 000 Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki társaságunk, a határozatban leírtaknak megfelelően. A határozat kiadását társaságunk indítványozza az illetékes gyámhivatalnál

Tájékoztatjuk, hogy EURO alapú biztosítások esetén az utalás kizárólag EURO-ban bankszámlaszámra történik.

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek. Az egészségi állapotom, illetőleg a betegségem következményei tekintetében felmentést adok a biztosítóval szembeni orvosi titoktartás alól a vizsgáló- és kezelőorvosaimnak, az engem ellátásban részesítő egészségügyi intézményeknek, az állapotomat elbíráló társadalombiztosítási szerveknek és egyéb hatóságoknak.

Alulírott tudomásul veszem, hogy a Biztosító részletes adatkezelési tájékoztatója a Biztosító honlapján, a www.metlife.hu weblapon található, melyből a Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozatommal bármikor jogosult vagyok írásbeli példányt igényelni.

Igénybejelentő / Kedvezményezett adatai nem haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás ☐ Posta ☐

Bankszámlaszám: - -

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____ - -

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása

Igénybejelentő(k) / Kedvezményezett adatai haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás ☐ Posta ☐

Bankszámlaszám: - -

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____ - -

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás ☐ Posta ☐

Bankszámlaszám: - -

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____ - -

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása