

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI ÁPOLÁS, MŰTÉTI TÁMOGATÁS, KERESŐKÉPTELENSÉG ÉS ROKKANTSÁG ESETÉRE ÉLETBIZTOSÍTÁS ALAPJÁN

1. Szerződésre vonatkozó adatok (a biztosító tölti ki)

a. Szervezeti egység megnevezése:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
b. Szervezeti egység kódja:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
c. Módozat kódja, neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
d. Szerződésszám:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
e. Kockázatviselés kezdete:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
f. Biztosítás lejárata:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
g. Biztosítási összeg:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
h. Biztosítás díja:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
i. Díjjal rendezett időszak vége:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>
j. Kárszám:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

érkeztető bélyegző helye

2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Biztosított neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
b. Születési név:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
c. Születési hely, idő:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
d. Anyja neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
e. Állandó lakcím:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
f. Levelezési cím:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
g. Telefonszám:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	-	<input style="width: 20%;" type="text"/>
h. Milyen biztosítás alapján igényli a szolgáltatást:	GB <input style="width: 20%;" type="text"/> jelű <input style="width: 100%;" type="text"/> GB <input style="width: 20%;" type="text"/> jelű <input style="width: 100%;" type="text"/> GB <input style="width: 20%;" type="text"/> jelű <input style="width: 100%;" type="text"/> GB <input style="width: 20%;" type="text"/> jelű <input style="width: 100%;" type="text"/>		
i. Igénybejelentő neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
i/1. Állampolgársága:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
j. Baleset ideje, helye:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
k. A baleset rövid leírása:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
l. Indult-e a balesettel kapcsolatban hatósági eljárás?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
m. Az eljáró hatóság neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
n. Érte már a biztosításkötést megelőzően baleset?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
o. Volt-e már előzőleg sérülés a most sérült testrészén?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
p. A választott orvos (házi orvos) neve:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
p/1. Címe:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
q. Az összeg banki utalását kérem:	q/1. Bank neve: <input style="width: 100%;" type="text"/> q/2. Számlaszám: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
r. Az összeg postai utalását kérem:	r/1. Név: <input style="width: 100%;" type="text"/> r/2. Cím: <input style="width: 100%;" type="text"/>		

3. Adatok a kórházi ápolás, műtéti támogatás, kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az ügyfél tölti ki)

- a. Kórházi ápolás kezdete: _____ . _____ . _____ .
- b. Kórházi ápolás vége: _____ . _____ . _____ .
- c. Kórházi ápolási napok száma: _____
- d. Kórházi ápolás oka: _____

- e. A műtét ideje, megnevezése: _____ . _____ . _____ . _____

- f. A kórház (intézmény) neve: _____
- g. A kórház (intézmény) címe: _____
_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

4. Adatok keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az ügyfél tölti ki)

- a. Keresőképtelenség kezdete: _____ . _____ . _____ .
- b. Keresőképtelenség vége: _____ . _____ . _____ .
- c. Keresőképtelenség oka: _____

- d. Keresőképtelen állományban tartó orvos neve: _____

5. Adatok a baleseti rokkantsági szolgáltatás esetére szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatásaihoz (az ügyfél tölti ki)

- a. A rokkantságot okozó betegség(ek) megnevezése: _____

- b. Jelen balesetével kapcsolatban nyújtott-e be korábban kárigényt társaságunkhoz?
 igen, _____ . _____ . _____ . nem
- c. Csatolt dokumentumok száma, megnevezése: _____

6. Adatok a GB165 jelű Védőernyő Családi Balesetbiztosítás szolgáltatásainak igénybevételéhez

- a. A biztosító szolgáltatását az alábbiak szerint kívánom igénybe venni:
- a/1. A biztosítási összegre tartok igényt, egyösszegű kifizetés formájában.
- a/2. Az asszisztenciaszolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek biztosító általi átvállalását kérem.
- a/3. Az asszisztenciaszolgáltatás keretében kiközvetített szolgáltató(k) számlával igazolt költségeinek biztosító általi utólagos átvállalását kérem.
- a/4. A balesettel kapcsolatos nem asszisztencia jellegű költségek számlával igazolt költségeinek biztosító általi átvállalását kérem.
- b. A biztosítási összeget/számlák összegét az alábbi számlára/címre kérem utalni:
- b/1. Folyószámla: _____ - _____ - _____
- b/2. Postai cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljeselek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja. A **biztosított felhatalmazza a biztosítót**, hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító

tő beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-ában, valamint 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított: hozzájárulok

Tájékoztatjuk, hogy a kár, illetve szolgáltatási igény bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a szolgáltatási igény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján (www.groupama.hu), valamint ügyfélszolgálati irodáiban elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

Alulírott biztosított kérem, hogy a fentebb megjelölt számú biztosítási szerződés kórházi ápolását műtéti támogatását keresőképtelenséget rokkantsági szolgáltatását a biztosítás feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

Tudomásul veszem, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Kelt: _____ , _____ . _____ . _____ .

biztosított aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása

7. Groupama Biztosító kifizetésre vonatkozó feljegyzései

a. Kifizetendő teljes összeg:

b. Számfejtette:

Kelt: _____, . . .

alírás

c. Ellenőrizte:

Kelt: _____, . . .

alírás

d. Utalványozta:

Kelt: _____, . . .

alírás