



SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESETI KÓRHÁZI ÁPOLÁS EGYÖSSZEGŰ TÁMOGATÁSA, BALESETI KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS, BALESETI KÖLTSÉGTÉRÍTÉS, BALESETI MŰTÉTI TÉRÍTÉS, KRITIKUS BETEGSÉGEK, ÉGÉSI SÉRÜLÉS, GYERMEK SÉRÜLÉSE ÉS CSONTTÖRÉS SZOLGÁLTATÁS ESETÉRE VÉDELMEZŐ, MENTŐÖV ÉS TÖRLESZTÉSI BIZTOSÍTÁSOK ESETÉN

1. A biztosított és a hitel adatai

a. Biztosított neve: _____

b. Születési név: _____

c. Születési idő: _____ . _____ . _____ .

d. Anyja neve: _____

e. A biztosításba bevont folyószámla száma: _____ - _____ - _____

Csak törlesztési biztosítások esetén kitöltendő:

f. Hitelszerződés aláírásának dátuma: _____ . _____ . _____ .

g. Hitelszerződés száma: _____ - _____ - _____

h. Hitel típusa: folyószámlahitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog személyi kölcsön
 babaváró kölcsön egyéb: _____

i. A hitel devizaneme: deviza alapú hitel forint alapú hitel

2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Igénybejelentő:

a/1. Neve: _____

a/2. Levelezési címe: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

a/3. E-mail címe: _____

a/4. Telefonszáma: _____ - _____

b. Csatolt dokumentumok száma: _____ db, megnevezése: _____

c. Az összeg banki utalását kérem (csak Védelmező biztosítás esetén kitöltendő):

c/1. Bank neve: _____

c/2. Számlaszám: _____

d. Az összeg postai utalását kérem (csak Védelmező biztosítás esetén kitöltendő):

d/1. Név: _____

d/2. Cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

3. Adatok a baleseti kórházi ápolás egyösszegű támogatása, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, kritikus betegségek, égési sérülés és gyermek sérülése szolgáltatásokhoz (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, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

