

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 BIZTOSÍTÁS, ILLETVE 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

3. Adatok a baleseti kórházi ápolás összegző támogatása, baleseti kórházi napi térítés, baleseti műtéti térítés, kritikus betegségek, égési sérülés és gyermek sérülése szolgáltatásokhoz (ügyfél tölti ki) – (folytatás)

- h.** Kritikus betegség megnevezése: rákos megbetegedés szívroham stroke szklerosis multiplex
- i.** A diagnózis kelte: _____ . _____ . _____ .
- j.** A diagnózist megállapító orvos neve: _____
- k.** A diagnózist megállapító intézmény neve: _____
- l.** Gyermek sérülésének megnevezése:
 Kullancscsípés okozta Lyme kór Kullancscsípés okozta agyvelőgyulladás Mérgezés Szúrt/vágott sérülés Kutyaharapás
- m.** Orvosi ellátás időpontja: _____ . _____ . _____ .
- n.** Ellátást végző orvos neve: _____
- o.** Ellátást végző intézmény neve: _____

4. Adatok csonttörés szolgáltatáshoz (az ügyfél tölti ki)

- a.** Sérült testrész megnevezése: _____
- b.** Csatolt dokumentumok:
- b/1.** A csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata: igen nem
- b/2.** A balesetet követő első orvosi ellátás dokumentációja: igen nem
- b/3.** Egyéb igazoló irat: _____

5. Adatok baleseti költségtérítés szolgáltatáshoz (az ügyfél tölti ki)

- a.** Baleset időpontja: _____ . _____ . _____ .
- b.** Orvosi ellátás időpontja: _____ . _____ . _____ .
- c.** Ellátást végző orvos neve: _____
- d.** Ellátást végző intézmény neve: _____
- e.** Felmerült költség leírása: _____
- f.** Felmerült költség összege: _____ Ft

Alulírott biztosított kérem, hogy a fentebb megjelölt biztosítási szerződés

- baleseti kórházi ápolás egy összegű támogatás kórházi napi térítés műtéti térítés kritikus betegségek csonttörés
 súlyos égési sérülés közepes égési sérülés baleseti költségtérítés gyermek sérülése

szolgáltatását a biztosítási feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

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

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek, **tudomásul veszem,** hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

A biztosított felhatalmazza a biztosítót, hogy az

egészségi állapotára, hitelszerződésére vonatkozó – a biztosított jogviszony létrejöttével, módosításával, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő – adatait beszeresse, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit 138-141.§-ában, valamint 149.§-ában megha-

tározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmenti az ezen adatokat kezelő intézményeket és személyeket (egészségügyi intézet, munkaügyi szervek, orvos) titoktartási kötelezettségük alól.

Kelt: _____ , _____ . _____ . _____ .

biztosított aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása