

Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: Egyedi UNION-Kompakt
Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Szerződő adatai

Szerződő neve: Magyar Telekom Nyrt. Székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
Adószám: 10773381-2-44 Cégjegyzékszám: 01-10-041928

Előfizető adatai

Előfizető Magyar Telekom Nyrt. azonosítója: _____
Előfizető neve: _____
Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____
Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
Mobil telefonszám: +36 ____ / _____
Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: ☐ Személyi igazolvány ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
Lakcímkártya betűjele és száma: _____ Adóazonosító jele: _____

Biztosított / Sérült adatai

Biztosított/Sérült neve: _____
Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____
Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
E-mail cím: _____ Vezetékes telefonszám: +36 ____ / _____
Mobil telefonszám: +36 ____ / _____
Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység
_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: ☐ Személyi igazolvány ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
Lakcímkártya betűjele és száma: _____ Adóazonosító jele: _____
Milyen hozzátartozói kapcsolatban élnek együtt az előfizetővel? _____

A biztosítási összeg felvételére jogosult(ak) / Kedvezményezett(ek) adatai

1. Jogosult neve: _____ Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: ☐ Személyi igazolvány ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszám: _____ - _____ - _____
Bankszámla tulajdonos neve: _____

2. Jogosult neve: _____ Anyja születéskori neve: _____
Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap
Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó
Azonosító okmány típusa: ☐ Személyi igazolvány ☐ Útleveél ☐ Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig
Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszám: _____ - _____ - _____
Bankszámla tulajdonos neve: _____

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított/sérült aláírása

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset miatti haláleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

A baleset során más sérült-e, ha igen, kérjük a nevét: _____ TAJ számát: _____

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

☐ igen ☐ nem (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőrségi intézkedés?

☐ igen ☐ nem (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e (mikor, milyen mértékben károsodott)?

☐ igen ☐ nem (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

☐ igen ☐ nem _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított/sérült aláírása

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Az igényelt szolgáltatás típusa

Minden esetben benyújtandó irat:

- a Magyar Telekom előfizetéshez tartozó legutóbbi számla és annak befizetését igazoló csekk vagy átutalási banki bizonylat másolata
- a Magyar Telekom Nyrt. által kiadott „Fedezeti tájékoztató” másolata, az előfizető és a biztosított laccímekártyájának másolata

Benyújtandó iratok továbbá:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Baleseti okú csonttörés, csontrepedés ☐ Közlekedési baleseti okú csonttörés, csontrepedés <ul style="list-style-type: none"> – az első orvosi ellátásról készült dokumentum és a csonttörést igazoló lelet másolata – a balesettel kapcsolatos, rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata (ambuláns lapok, járóbeteg ellátási lapok, kórházi zárójelentés(ek) másolata(i)) ☐ Baleseti okú kórházi napi térítés (1-50 nap) ☐ Közlekedési baleseti okú kórházi napi térítés (1-50 nap) <ul style="list-style-type: none"> – az első orvosi ellátásról készült dokumentum másolata – a balesettel kapcsolatos, rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata (ambuláns lapok, járóbeteg ellátási lapok, kórházi zárójelentés(ek) másolata(i)) ☐ Maradandó egészségkárosodás baleseti okból (31%-100%) ☐ Maradandó egészségkárosodás közlekedési baleseti okból (31%-100%) <ul style="list-style-type: none"> – az első orvosi ellátásról készült dokumentum másolata – a balesettel kapcsolatos, rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata (ambuláns lapok, járóbeteg ellátási lapok, kórházi zárójelentés(ek) másolata(i)) – a maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító szakértői dokumentum másolata – a végállapot kialakulását követően a végállapotról készült szakorvosi dokumentumok másolata | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Baleseti halál ☐ Közlekedési baleseti halál <ul style="list-style-type: none"> – a balesettel kapcsolatos, rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata (ambuláns lapok, járóbeteg ellátási lapok, kórházi zárójelentés(ek) másolata(i)) – halotti anyakönyvi kivonat másolata – halottvizsgálati bizonyítvány másolata, jogerős Hagyatékatadó végzés másolata, vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata, kiskorú kedvezményezett esetén a gyámhatósági határozat másolata – kedvezményezett(ek) személyazonosító igazolvány és laccímekártya másolata ☐ Baleseti okú 28 napon túl gyógyuló sérülés ☐ Közlekedési baleseti okú 28 napon túl gyógyuló sérülés <ul style="list-style-type: none"> – az első orvosi ellátásról készült dokumentum másolata – a balesettel kapcsolatos, rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata (ambuláns lapok, járóbeteg ellátási lapok, kórházi zárójelentés(ek) másolata(i)) – a 28 napon túli gyógyulást igazoló táppénzes lapok másolata, vagy ennek hiányában a Társadalombiztosítási Kifizetőhely igazolása a keresésképtelen napokról ☐ Közlekedési baleseti műtéti térítés <ul style="list-style-type: none"> – az első orvosi ellátásról készült dokumentum másolata – kórházi ápolás és orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i) |
|--|--|

Továbbá:

- baleseti jegyzőkönyv másolata
- a Hatósági eljárás során keletkezett, az eljárás anyagát képező iratok másolata (jegyzőkönyv, tanúmeghallgatási jegyzőkönyv stb.) vagy jogerős lezáró határozat abban az esetben, ha a szolgáltatási igény bejelentéskor már rendelkezésre áll
- alkohol, bódító- vagy kábítószeres fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat eredményének másolata
- külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén az idegen nyelvű dokumentumok hiteles magyar fordítása
- közlekedési baleset esetén a biztosított érvényes vezetői engedélyének, forgalmi engedélyének a másolatai, amennyiben a biztosított a gépjármű vezetőjeként sérült meg

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított/sérült aláírása

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

a biztosító szakorvosának aláírása

A biztosító tölti ki:

A szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

átvevő aláírása