

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

Szerződő adatai

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

Biztosított adatai

Biztosított neve: _____
Születési neve: _____ Anyja neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____
Állandó lakcím: _____
Levelezési cím: _____
Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig
Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____
Kelt: _____, _____ / _____ / _____
biztosított aláírása igénybejelentő

A szolgáltatási összeg kifizetése forintban történik

(1) jogosult neve: _____ Születési neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____ Anyja neve: _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig
Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____
Bankszámla tulajdonos neve: _____
(2) jogosult neve: _____ Születési neve: _____
Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____ Anyja neve: _____
Levelezési cím: _____
Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-től _____-ig
Kiállító hatóság: _____
Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____
Bankszámla tulajdonos neve: _____
Kelt: _____, _____ / _____ / _____
(1) jogosult aláírása (2) jogosult aláírása

Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

- | | |
|---|---|
| ☐ bármely okú műtéti térítés
☐ bármely okú kórházi napi térítés
☐ kritikus betegségek
☐ Egyéni Egészségbiztosítási csomag
☐ Családi Egészségbiztosítási csomag | Benyújtandó iratok:
– az utolsó telefondíj befizetéséről a számla másolata,
– a telefon előfizetője és a biztosított lakcímkártyájának másolata,
– az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata,
– orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i),
– hatósági intézkedés esetén a határozat másolata,
– alkohol fogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolata |
|---|---|

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____
biztosított aláírása igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző

Biztosítási esemény – baleset esetén töltendő ki!

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

A baleset helye: _____

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

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

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

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

Volt-e rendőrségi intézkedés?

nem ☐ igen ☐ (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)

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

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem ☐ igen ☐ _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

biztosított / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

a biztosító szakorvosának aláírása

Biztosító tölti ki!

A kedvezményezett, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

területi igazgatóság bélyegzője és átvevő aláírása