

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

Szerződő / Biztosított

Szerződő neve: **Magyar Telekom Nyrt.** Székhely: **1013 Budapest, Krisztina krt. 55.**

Adószám: 10773381-2-44 Cégjegyzékszám: 01-10-041928

Biztosított neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

A biztosítási összeg felvételére jogosult(ak) adatai

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____

(2) Jogosult neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ – _____ – _____

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

biztosított 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 kábítószeres fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

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

Volt-e rendőri intézkedés?

☐ igen ☐ nem (ha igen, a határozat másolatát, 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 a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

igénybejelentő/biztosított aláírása / azonosító okmány száma

Az igényelt szolgáltatás típusa

Kérjük x-szel jelölni!

Benyújtandó irat:

- az utolsó telefondíj befizetéséről a számla másolata
- a telefon előfizetője és a biztosított lakcímkártyájának másolata

Továbbá:

- ☐ balesetből eredő maradandó
egészségkárosodás 31%-tól vagy
- ☐ közlekedési balesetből

Benyújtandó iratok:

- az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata
- orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)
- a maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító szakértői dokumentum másolata
- a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum másolata
- hatósági intézkedés esetén a határozat másolata
- alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

eredő maradandó
egészségkárosodás 31%-tól

- ☐ közlekedési balesetből eredő
kórházi ápolás és
- ☐ műtéti térítés

Benyújtandó iratok:

- az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata
- orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)
- hatósági intézkedés esetén a határozat másolata
- alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

- ☐ baleseti halál vagy
- ☐ közlekedési balesetből
eredő halál

Benyújtandó iratok:

- orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)
- halotti anyakönyvi kivonat másolata
- a halál okát megállapító bizonyítvány másolata (halottvizsgálati bizonyítvány)
- az örököszt megállapító közjegyzői okirat másolata
- kiskorú kedvezményezett esetén a gyámhatósági határozat másolata
- kedvezményezett(ek) személy igazolvány és lakcímkártya másolata
- a hatósági intézkedés esetén a határozat másolata
- alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó ____ nap

igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó ____ nap

a biztosító szakorvosának aláírása

Biztosító tölti ki:

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

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó ____ nap

területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása