



## SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ NEM BALESETI HALÁL ESETÉRE ÉLETBIZTOSÍTÁS ALAPJÁN

## 1. Groupama Garancia Biztosító feljegyzései

a. Szervezeti egység megnevezése: \_\_\_\_\_

b. Szervezeti egység kódja: \_\_\_\_\_

c. Módozati kódszám: \_\_\_\_\_

d. Szerződésszám: \_\_\_\_\_

e. Kockázatviselés kezdete: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

f. Biztosítás lejárat: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

g. Biztosítási összeg: \_\_\_\_\_

h. Biztosítás díja: \_\_\_\_\_

i. Kárszám: \_\_\_\_\_

Érkeztető bélyegző helye

## 2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Biztosított (elhunyt) neve: \_\_\_\_\_

b. Leánykori név: \_\_\_\_\_

c. Születési hely/idő: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

d. Anyja neve: \_\_\_\_\_

e. Állandó lakcím: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

f. Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

g. Milyen biztosítás alapján igényli a szolgáltatást? GB \_\_\_\_\_

h. A biztosítási összeg felvételére jogosult neve: \_\_\_\_\_

h/1. Állampolgársága: \_\_\_\_\_

h/2. Címe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

i. A választott orvos (házi orvos) neve: \_\_\_\_\_

i/1. Címe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

j. A haláleset ideje, helye: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

k. Indult-e a halálesettel kapcsolatban hatósági eljárás?  igen  nem

l. Az eljáró hatóság neve: \_\_\_\_\_

m. Csatolt dokumentumok:

m/1. A biztosítási kötvény:  igen  nem

m/2. Halotti anyakönyvi kivonat:  igen  nem

m/3. A halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány:  igen  nem

m/4. A hatósági eljárás során keletkezett iratok:  igen  nem

A csatolt okiratokról a biztosítási esemény megtétele szempontjából közömbös adatok törölhetők.

n. Az összeg banki utalását kérem:

n/1. Bank neve: \_\_\_\_\_

Számlaszám: \_\_\_\_\_

## 2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki) (folytatás)

a. Az összeg postai utalását kérem:

o/1. Név: \_\_\_\_\_

o/2. Cím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Alulírott kérem, hogy a fentebb megjelölt számú biztosítási szerződés nem baleseti haláleseti biztosítási összegét a biztosítási feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

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

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
bejelentő aláírása

\_\_\_\_\_  
biztosító ügyintézőjének aláírása

## 3. Az orvos feljegyzései

a. A jelentést adó orvos neve: \_\_\_\_\_

b. Címe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

c. Az elhunyt neve: \_\_\_\_\_

d. A halál ideje: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . helye \_\_\_\_\_

e. A halálhoz közvetlenül vezető betegség vagy állapot: \_\_\_\_\_

f. A fentiekre vezető vagy megelőző betegség vagy állapot: \_\_\_\_\_

g. A halál alapjául szolgáló betegség vagy állapot: \_\_\_\_\_

h. Mikor diagnosztizálták a halál alapjául szolgáló betegséget: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

i. Kezelőorvosa volt-e Ön az elhunytak, ha igen, mióta?  igen, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . óta  nem

j. Mikor, milyen betegségekkel kezelte Ön az elhunytat? \_\_\_\_\_

k. Az elhunyt állt-e és mikor kórházi (intézeti) kezelés alatt? \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása

## 4. Groupama Garancia Biztosító feljegyzései

a. Kifizetendő teljes összeg: \_\_\_\_\_ Ft

b. Számfejtette: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
aláírás

c. Ellenőrizte: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
aláírás

d. Utalványozta: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
aláírás