



SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI ÁPOLÁS, MŰTÉTI TÁMOGATÁS, KERESŐKÉPTELENSÉG ÉS ROKKANTSÁG 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 lejáratá: _____ . _____ . _____ .

g. Biztosítási összeg: _____

h. Biztosítás díja: _____

i. Kárszám: _____

Érkeztető bélyegző helye

2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Biztosított 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 _____
 GB _____
 GB _____
 GB _____

h. A biztosítási összeg felvételére jogosult neve: _____
 h/1. Állampolgársága: _____

i. A baleset ideje, helye: _____ . _____ . _____ . _____

j. A baleset rövid leírása: _____

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

l. Az eljáró hatóság neve: _____

m. Érte már a biztosításkötést megelőzően baleset? igen nem

n. Volt-e már előzőleg sérülés a most sérült testrészen? igen nem

o. A választott orvos (házi orvos) neve: _____
 o/1. Címe: _____
 _____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

p. Az összeg banki utalását kérem:
 p/1. Bank neve: _____
 p/2. Számlaszám: _____

q. Az összeg postai utalását kérem:
 q/1. Név: _____
 q/2. Cím: _____
 _____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

3. Adatok a kórházi ápolás, műtéti támogatás, kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az 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. Címe: _____
_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

4. Adatok keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az ügyfél tölti ki)

- a. Keresőképtelenség kezdete: _____ . _____ . _____ .
- b. Keresőképtelenség vége: _____ . _____ . _____ .
- c. Keresőképtelenség oka: _____
- d. Keresőképtelen állományban tartó orvos neve: _____

5. Adatok a baleseti rokkantsági szolgáltatás esetére szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatásaihoz (az ügyfél tölti ki)

- a. A rokkantságot okozó betegség(ek) megnevezése: _____
- b. Jelen balesetével kapcsolatban nyújtott-e be korábban kárigényt társaságunkhoz?
 igen, _____ . _____ . _____ . nem
- c. Csatolt dokumentumok száma, megnevezése: _____

Alulírott biztosított kérem, hogy a fentebb megjelölt számú biztosítási szerződés kórházi ápolását*/műtéti támogatását*/keresőképtelenséget*/rokkantsági szolgáltatását* a biztosítás feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek. (* a kívánt rész aláhúzendó)

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

Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

biztosított aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása

6. Groupama Garancia Biztosító feljegyzései

- a. Kifizetendő teljes összeg: _____ Ft
- b. Számfejtette: _____
Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

aláírás
- c. Ellenőrizte: _____
Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

aláírás
- d. Utalványozta: _____
Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

aláírás