**Biztosítási szerződés 7. sz. melléklete**

**Szolgáltatási igénybejelentő lap**

**Kötvényszám:**

**Szerződő adatai:**

Szerződő neve:

Címe:

**Biztosított adatai:**

Biztosított neve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_év \_\_\_\_hó \_\_\_\_nap

Címe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foglalkozása \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Igénybejelentő adatai:**

Igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_év \_\_\_\_hó \_\_\_\_nap

**Amennyiben a szolgáltatási összeg átutalását kéri, a pénzintézeti adatok:**

Pénzintézet neve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bankszámlaszám:

 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Baleset eseten töltendő ki:**

Baleset időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_év \_\_\_\_ hónap \_\_\_\_ nap, \_\_\_\_\_\_\_\_\_óra

A baleset pontos helye:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hogyan történt a baleset és milyen sérülés érte? Az esemény részletes leírása:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kérjük, részletezze a szolgáltatási igény okát, és azok körülményeit!**

A biztosítási esemény pontos időpontja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

Haláleset:

Baleseti halál:

Baleseti rokkantság:

Baleseti műtéti térítés:

Baleseti kórházi napi térítés:

Csonttörés, csontrepedés, 28 napon túl gyógyuló sérülés:

**A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem:**

Haláleset:

- Halott-vizsgálati bizonyítvány:

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata:

- Halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok

- Kedvezményezetti nyilatkozat, vagy jogerős hagyatéki végzés:

- Kedvezményezett személyazonosító okmány, bankszámlaszám:

Baleseti halál, közlekedési baleseti halál, erőszakos halál esetén

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata

- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata vagy hiteles orvosi jelentés a halál okáról

- Boncjegyzőkönyv másolata

- Rendőrségi jegyzőkönyv másolata

- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (munkahelyi baleset esetén)

- Jogosítvány, forgalmi engedély másolata (gépjárművezetés közben bekövetkezett halál

esetén

- Véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült)

Baleseti rokkantságra, a baleseti dokumentumokon túl:

- Szolgáltatás bejelentéséig keletkezett orvosi dokumentumok;

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata

Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén

- Rendőrségi jegyzőkönyv másolata

- Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (munkahelyi baleset esetén)

- Jogosítvány, forgalmi engedély másolata (gépjárművezetés közben bekövetkezett halál

esetén)

- Véralkohol vizsgálat, drogteszt

- Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi

dokumentum, kórházi zárójelentések másolata (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen

lelet, MRI vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye) Nemzeti

Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata (amennyiben

rendelkezésre áll)

Baleseti műtéti térítés esetén

- Kórházi zárójelentés;

- Műtéti leírás a műtét WHO kódjának megjelenítésével;

Baleseti kórházi napi térítés esetén

- Kórházi zárójelentés.

Teljes és végleges rokkantság esetén:

- Orvosszakértői intézet rokkantsági jegyzőkönyve;

- Orvosszakértői intézet által rendszeresített nyomtatványok;

Csonttörés, 28 napon túl gyógyuló baleseti sérülés esetén:

- Baleset esetén a baleseti esemény általános dokumentumai;

- Ha készültek: baleseti eseménynél leírt dokumentumok;

- Csonttörést, repedést igazoló lelet fénymásolata;

- 28 napon túl gyógyuló sérüléskor keresőképtelenséget igazoló dokumentum másolata.

Égési sérülés esetén

- Az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata

- kórházi zárójelentés másolata

- Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi

dokumentum, kórházi zárójelentések másolata (kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen

lelet, MRI vizsgálat eredménye, szövettani vizsgálat eredménye)

Egyeb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el!*

*1. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a Biztosítóval szemben a titoktartás alól felmentem.*

*2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek, illetve kezelni fognak.*

*3. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.*

*4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg a munkáltató) a részemre kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.*

*5. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli.*

Kelt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

Ezúton igazoljuk, hogy …………………………, született ....-..-..

201………….án a ………………..(munkáltató neve, címe, adószáma**)**munkavállalója (hivatásos állományú tagja, …stb.), felmondás alatt nem áll.

Jelen igazolást a biztosító kérésére adtuk ki.

Kelt, Budapest, 201…......,

........................................................................

Munkáltatói jogok gyakorlójának cégszerű aláírása