ALFA
VIENNA INSURANCE GROUP

Csoportos biztosítások – Baleseti bejelentő
TESCO Félmaraton

Kárszám:

TESCO Ügyfél neve:

Biztosítási azonosító:

Bejelentett állandó lakcíme:

A Biztosított neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye:

Születési ideje: év hó nap

Bejelentett állandó lakcíme:

Telefonszáma:

E-mail címe:

Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, mióta? év hó naptól

Milyen okból?

A baleset helye:

A baleset ideje: év hó nap

A baleset részletes leírása:

Történt-e hatósági vizsgálat? ☐ Nem ☐ Igen

Eljáró hatóság:

Történt-e véralkohol vizsgálat? ☐ Nem ☐ Igen

Vizsgálatot végezte:

A most balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően valamilyen okból sérült-e? ☐ Nem ☐ Igen

Korábbi sérülés ideje: év hó nap

Mi okozta a korábbi sérülést?

Milyen biztosítási modul alapján igényel térítést:

- ☐ baleseti csonttörés, csontrepedés
- ☐ baleseti műtéti térítés
- ☐ baleseti eredetű égés
- ☐ baleseti/közlekedési baleseti rokkantság

Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni:

- ☐ A szerződő és a biztosított lakcímkártya másolata
- ☐ A jogosult szig. másolata
- ☐ Ambuláns lap másolata
- ☐ Röntgen lelet másolata
- ☐ Kórházi zárójelentés másolata
- ☐ Egyéb orvosi igazolások
- ☐ Baleseti jegyzőkönyv másolata
- ☐ Hatósági eljárás esetén: határozat, végzés, ítélet másolat
- ☐ Közlekedési baleset esetén vezetői engedély másolat
- ☐ A szerződő és a biztosított családi viszonyának igazolására szolgáló dokumentum (pl. házassági anyakönyvi kivonat, születési anyakönyvi kivonat, örökbefogadási dokumentum.....)

Utalási nyilatkozat. Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

☐ A következő számlaszámra: - -

☐ A második szekcióban feltüntetett „Biztosított bejelentett állandó lakcíme" címre.

Dátum: év hó nap

Biztosított (v. törvényes képviselője) aláírása:

Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú törvényes képviselőjének neve:

Anyja neve:

Születési ideje: év hó nap

Lakcíme:

A bejelentőlapot a szükséges mellékletekkel együtt az alábbi címre szíveskedjen postázni: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ, 9701 Szombathely, Pf. 63
Faxszám: +36-1-476-5706

Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól.

A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulás csak írásban érvényes! Elektronikus úton csak fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott dokumentumban lehet érvényesen nyilatkozatot tenni!

Kelt: , év hó nap

Az igénybejelentő neve: **szig. száma:** **Az igénybejelentő aláírása:**

Biztosító tölti ki!

Szolgáltatási összegek:

műtét (kis–közepes–nagy–kiemelt): Ft csonttörés: Ft rokkantság: Ft %

égési sérülés: Ft

Szolgáltatási összeg összesen: Ft

Számfejtette: év hó nap

Ellenőrizte: év hó nap

Utalványozta: év hó nap

Ut. ssz.: