

„BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁZOSODÁS ESETÉN”

A Biztosítottról szerzett információ biztosítási titoknak minősül, ezt az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft., illetve a Biztosító szigorúan a kárrendezés céljából dolgozza fel.

1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K_____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő : Számlatulajdonos neve: _____

□□□□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□□□□

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.

Maradandó egészségkárosodás: _____

Írja le röviden hol, milyen körülmények között történt a baleset: _____

A baleset kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása?

Igen ☐Nem ☐**3 A BIZTOSÍTOTT HÁZIORVOSÁNAK ADATAI**

A biztosított háziorvosának a neve: _____

Tel: _____

Címe: _____

4 IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI

Igénybejelentő neve: _____

Tel: _____

Címe: _____

Levelezési címe: _____

5 IGÉNYBEJELENTŐ NYILATKOZATA

Kijelentem, hogy a káresemény bekövetkezésére, annak okaira vonatkozóan közölt válaszaim, a megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szándékosan hamis információ közlése vagy információ elhallgatása, vagy tévesen történő megadása polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után. Hozzájárulok ahhoz, hogy:

- a biztosítási szerződés keretén belül az APRIL CEE Development Kft. az adataimat kezelje.
- a káresemény kapcsán az APRIL CEE Development Kft. az egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából kezelje és azokat a kárrendezési iratokkal együtt nyilvántartsa.
- az APRIL CEE Development Kft. a jelen káreseménnyel kapcsolatban a munkáltatómat, az ügyemben eljáró munkaügyi központot vagy kirendeltséget megkeresse, egyben felmentem ezen intézményeket a titoktartási kötelezettség alól és felhatalmazom arra, hogy az APRIL CEE Development Kft. részére a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimat továbbítsa.
- az APRIL CEE Development Kft. a kezelőorvosaimat megkeresse, és a kezelőorvosaimat felhatalmazom, hogy egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából az APRIL CEE Development Kft.-nek átadják.
- az APRIL CEE Development Kft. személyazonosító igazolványomról, lakcímkártyámról és a kárrendezéshez szükséges egyéb irataimról a kárrendezési eljárás lefolytatása érdekében másolatot készítsen, vagy az általam készített másolatokat kezelje.
- az APRIL CEE Development Kft. a kiszervezett biztosítási tevékenység keretében a vele szerződéses kapcsolatban álló, és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartó szakértőnek, gazdálkodó szervezetnek átadja.

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az APRIL CEE Development Kft. az adatokat az AXA France IARD S.A. biztosítónak (F-75009 Paris, Rue Drouot 26., France) feldolgozás és kárigény elbírálása céljából átadja.

Kelt, dátum: _____

Igénybejelentő aláírása: _____

**CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ OLDALÁT KÜLDJE BE.
JELEN OLDAL SEGÍT ÖNNEK A IGÉNYBEJELENTÉSHEZ SZÜKSÉGES LÉPÉSEK VÉGHEZVITELÉHEZ.**

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

- ☐ Nyomtatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden kért mezőt.
- ☐ Jelen igénybejelentő csak egy biztosított adatait tartalmazhatja.
- ☐ Csatolja a következőket:
 - Az összes érvényes munkaszerződést, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt:
 - Visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan.
 - A Csatlakozási Nyilatkozat aláírását követő időszaktól a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
 - A Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát.
 - Abban az esetben ha a Biztosított a szerződéskötéskor vagy a szerződés tartama alatt jelezte, hogy rendelkezik hitel vagy lízing szerződéssel, akkor a hitel- vagy lízingszerződés másolatát.
 - A szerződés megkötésekor bejelentett, illetve a kár előtti évfordulót megelőző Havi Nettó Jövedelmet igazoló három bérjegyzék másolatát (vagy a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró nettó bér igazolását).
 - A Biztosított személyi igazolványának és lakcím kártyájának fénymásolatát,
 - Véralkohol vizsgálati eredményét (ha készült),
 - Közlekedési vagy munkabaleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
 - Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást lezáró határozat másolatát, feltéve, hogy az a jogalap, vagy azösszecszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági ítéletet),
 - A Balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási esemény időpontjától;
 - A Biztosított személyi gépjármű vezetése során bekövetkezett Biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát,
 - az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSzSz) első fokú orvosi bizottságának szakvéleményét (ha készült).
- ☐ Írja alá a jelen igénybejelentőt és a dátum mezőt is töltsse ki.
- ☐ Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
- ☐ Kérdés esetén fordulhat az APRIL szakembereihez a 06-1- 555 64 00 telefonszámon.

AZ IGÉNYBEJELENTŐT AZ ALÁBBI CÍMRE POSTÁZZA

**APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.
1096 Budapest
Haller u. 2.**

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.