

MÁSODIK OLDAL: A BIZTOSÍTOTT KEZELŐORVOSA TÖLTI KI!

1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Fedezetigazolás sorszáma: K_____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Születési dátum: év _____ hónap _____ nap _____

Lakcím: _____

2 A KERESŐKÉPTELENSÉG LEÍRÁSA

Keresőkép telenség első napja: év _____ hónap _____ nap _____

Keresőkép telenség oka? Betegség ☐ Baleset ☐

A keresőkép telenség kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása? Igen ☐ Nem ☐

Jelenlegi tünetek, ill. a diagnózis leírása: _____

A kezelés leírása (a felírt kezelések/gyógyszerek megnevezése, ill. az alkalmazás pontos dátumai): _____

A kezelt betegség első diagnózisának dátuma: év _____ hónap _____ nap _____

A Biztosított volt-e már betegállományban a jelen betegállományt indokoló betegség vagy baleset miatt? Igen ☐ Nem ☐

Ha igen, a pontos időtartam(ok): _____

A Biztosított kapott-e már orvosi, műtéti vagy gyógyszeres kezelést a jelen betegállományt indokoló betegség vagy baleset miatt? Igen ☐ Nem ☐

Ha igen, a kezelések pontos időtartama: _____

A Biztosított jelenlegi egészségi állapota engedi-e, hogy újból munkába álljon?

- Igen, a Biztosított keresőképes és dolgozik a következő dátumtól: év _____ hónap _____ nap _____
- Igen, a Biztosított már keresőképes lesz a következő dátumtól: év _____ hónap _____ nap _____
- Nem. A betegállomány várható teljes időtartama az első naptól számítva: Kb. _____ naptári nap

Várható-e, hogy a Biztosítottnál az OEP maradandó egészségkárosodást állapítson meg? Igen ☐ Nem ☐

Ha igen, mikor várható, hogy az egészségkárosodás kialakultnak, stabilnak tekinthető? év _____ hónap _____ nap _____

Kiegészítő megjegyzések: _____

Dátum: _____

A kezelőorvos aláírása:

A kezelő orvos pecsétje:

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

3/3 oldal

IGÉNYBEJELENTŐ – ÚTMUTATÓ

Teendők igénybejelentéskor:

- Nyomtatott betűkkel, jól olvashatóan töltsön ki minden kért mezőt.
- Jelen igénybejelentő csak egy biztosított adatait tartalmazhatja.
- Csatolja a következő dokumentumokat:

A szerződéskötési feltételeket igazoló dokumentumok:

- Az összes érvényes munkaszerződést, ill. ezek módosításainak másolatát, melyek igazolják az érvényes munkaviszonyt visszamenőlegesen a Csatlakozási Nyilatkozat aláírását megelőző 12 hónapos időszakra vonatkozóan a Biztosítási esemény bekövetkezéséig.
- Amennyiben Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai végzettséget bejelentett a csatlakozási nyilatkozaton, a Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát. Amennyiben ez idegen nyelven került kiállításra, akkor ennek a magyar fordítását is. (Nem szükséges fordítás az angol, francia, spanyol, olasz, német nyelven kiállított okmányok esetében.)
- 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 lakcímkártyájának másolatát.

A Biztosítási Eseményt igazoló dokumentumokat:

- Munkáltatói igazolást, amely igazolja a Munkaviszonyt.
 - Keresőképtelenségi igazolás(ok) („Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” és az „Orvosi igazolás folyamatos Keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatványok) másolatát, ez utóbbi bemutatása minden hónapban feltétele a havi biztosítási szolgáltatás kifizetésének.
 - A Biztosítási Esemény időpontjától a balesettel vagy betegséggel kapcsolatosan keletkezett valamennyi orvosi dokumentumot.
 - Ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát.
 - A kezelőorvos, háziorvos orvosi nyilatkozatát a Biztosítási Esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, ill. első diagnosztizálásuk pontos időpontjával.
 - A Biztosított személy gépjármű vezetése során bekövetkezett baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
 - A véralkohol- vizsgálat eredményét (ha készült).
 - Közlekedési vagy munkahelyi baleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
- Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
 - Írja alá a jelen igénybejelentőt, a dátum mezőt is töltsse ki és postázza az alábbi címre:

**APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.
1062 Budapest
Haller u. 2.**

- Kérdés esetén fordulhat az APRIL szakembereihez a 06-1- 555 64 00 telefonszámon.

Teendők havonta:

- Kérjük postázza az alábbi dokumentumot: “Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről”.

Keresőképtelenség végén küldendő dokumentum:

- Keresőképtelenség befejezéséről szóló igazolás.

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.