

„HALÁL 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

Kötvény száma: K _____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány szám: _____

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOKA halál oka: Baleset Betegség A halál beálltának időpontja: év _____ hónap _____ nap _____. Baleset esetén: A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.
Betegség esetén: Betegség első észlelésének időpontja: év _____ hónap _____ napÍrja le röviden hol, milyen körülmények között történt a haláleset: _____

_____A halál esethez hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása? Igen Nem **3 A BIZTOSÍTOTT HÁZIORVOSÁNAK ADATAI**

Az elhunyt házi orvosának a neve: _____ Tel: _____

Címe: _____

4 IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI (megnevezett Kedvezményezett, vagy törvényes örökös)

Igénybejelentő neve: _____ Tel: _____

Címe: _____

Levelezési címe: _____

5 IGÉNYBEJELENTŐ NYILATKOZATA

Alulírott kijelentem, hogy fenti kérdésekre adott valamennyi válaszom a valóságnak megfelel és teljes. Tudomásul veszem, hogy szándékosan hamis információ közlése vagy elhallgatása, szándékosan pontatlanul történő megadása egyéb polgári jogi és büntetőjogi következményeket vonhat maga után, különösen a Büntető Törvénykönyv szerinti pénzbüntetést és a szabadságvesztést.

Hozzájárulok, hogy az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft. (mint a Biztosító Kárügyintézője) továbbítsa a jelen lapon szereplő információkat minden olyan személynek/szervnek, akinek a Kárügyintéző a kárrendezés szempontjából szükségesnek tartja.

Kelt, dátum: _____

Igénybejelentő aláírása: _____

„HALÁL ESETÉN”

**CSAK A JELEN IGÉNYBEJELENTŐ ELSŐ OLDALÁT KÜLDJE EL RÉSZÜNKRE.
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:
 - A Kedvezményezett és a Biztosított (eltérő személyek esetén) személyi igazolványának és lakcím kártyájának (ha van) a másolatát.
 - A Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát.
 - Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halál okának megjelölésével.
 - Boncolási jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
 - Külföldön bekövetkezett Halál esetén a Halál körülményeit leíró, a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását.
 - A véralkohol vizsgálat eredményét (ha készült).
 - Közlekedési, ill. munkabaleset esetén eredeti rendőrségi / munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolatát (ha készült).
 - Amennyiben a Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, eljárást lezáró határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot).
 - Balesetből eredő haláleset esetén, a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumot.
 - Betegségből eredő haláleset esetén, a Biztosítási Esemény után keletkezett minden a Betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumot a Betegség első észlelésétől kezdve.
 - A Biztosított által gépjármű vezetése során elszenvedett közlekedési baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
 - Amennyiben a Kedvezményezett jelölés nem történt, csatolni kell a jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát is.
- 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.
1062 Budapest
Andrásy út 126.**

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.