

„MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉN”

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

1 BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvény 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 ADATOKAz Egészségkárosodás oka: Baleset Betegség

Baleset esetén: A baleset időpontja: év __hónap__ nap__.

Betegség esetén: Betegség első észlelésének időpontja: év __hónap__ nap__

Maradandó egészségkárosodás: _____

Írja le röviden, hogy milyen körülmények között történt a maradandó egészségkárosodás: _____

Az egészségkárosodás kialakulásához hozzájárult-e alkohol, kábító hatású illetve toxikus szer fogyasztása? Igen Nem **3 A BIZTOSÍTOTT HÁZIORVOSÁNAK ADATAI**

A biztosított házi orvosának 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 Axeria Prévoyance S.A. Magyarországi Fióktelepének (H-1062 Budapest, Andrassy út 126.) 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:
 - A Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának (ha van) másolatát.
 - Véralkohol- vizsgálat 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 határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összezszerűség megállapításához szükséges (így különösképpen az eljárást megtagadó, vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági ítéletet).
 - Baleseti egészségkárosodás esetén a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumot.
 - Betegségből eredő egészségkárosodás esetén a Biztosítási Eseménytől számítva minden a Betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumot a Betegség első megfigyelésétől kezdve
 - A Biztosított személy gépjármű vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
 - Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) 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.
1062 Budapest
Andrásy út 126.**

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.

2/2 oldal