

**„BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁRÓSODÁS 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 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 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 az összezszerűség 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.  
1062 Budapest  
Andrásy út 126.**

---

**Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.**

**A kárügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.**