

„KERESŐKÉPTELENSÉG 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

Csatlakozási nyilatkozat sorszáma: _____

Biztosított neve: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Bankszámla száma, amelyre a kártérítési összeg fizetendő :

□□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

Számlatulajdonos neve: _____

Bank neve: _____

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

Az Ön munkáltatójának pontos neve: _____

Címe: _____ Tel: _____

Keresőképtelenség első napja: év _____ hónap _____ nap _____.

Keresőképtelenség oka? Betegség Baleset

Betegség esetén töltendő ki:

Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőképtelen állapotban? Igen Nem

Amennyiben kórházi kezelés is történt kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve, címe és telefonszáma: _____

Baleset esetén töltendő ki:

A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.

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

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

3 A BIZTOSÍTOTT 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.

Ezen nyilatkozatommal felmentem a munkáltatómat, az engem kezelő orvosokat és egészségügyi intézményeket, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat az APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.-vel (mint a Biztosító kárügyintézője) szembeni titoktartási kötelezettségük alól és egyben felhatalmozom őket a biztosítási szerződéssel és a biztosítási eseménnyel kapcsolatos adataimnak a Kárügyintéző részére történő továbbítására.

Kelt, dátum: _____

Biztosított aláírása: _____

„KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉN”

**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 következő dokumentumokat:
 - o 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.
 - o A Felsőfokú Egyetemi és Főiskolai Végzettséget igazoló okmány másolatát.
 - o 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.
 - o A szerződés megkötésekor bejelentett Havi Nettó Jövedelmet igazoló három havi bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
 - o A Biztosított személyi igazolványának és lakcímkártyájának (ha van) másolatát.
 - o Munkáltatói igazolást, amely igazolja a Munkaviszonyt.
 - o 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.
 - o A Biztosítási Esemény időpontjától a balesettel vagy betegséggel kapcsolatosan keletkezett valamennyi orvosi dokumentumot.
 - o Ha kórházi ápolás is történt: a kórházi zárójelentés másolatát.
 - o A kezelőorvos, háziorvos orvosi nyilatkozatát a Biztosítási Esemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, ill. első diagnosztizálásuk pontos időpontjával.
 - o A Biztosított személy gépjármű vezetése során bekövetkezett baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
 - o A véralkohol- vizsgálat eredményét (ha készült).
 - o Közlekedési vagy munkahelyi baleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült).

Havonta küldendő dokumentum:

- o Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről.

Keresőképtelenség végén küldendő dokumentum:

- o Keresőképtelenség befejezéséről szóló igazolás.
- Tartson meg minden dokumentumról egy másolatot.
- Írja alá a jelen igénybejelentőt és a dátum mezőt is töltsse ki.
- 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
Aradi u. 8-10.**

Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.

A káriügyintéző: APRIL CEE DEVELOPMENT Kft.