

„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**

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**

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**

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:

Igénybejelentő aláírása:

**„BALESETI MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS 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 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 Havi Nettó Jövedelmet igazoló három havi bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
  - 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 összecszerúség 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  
Aradi u. 8-10.**

---

**Hamarosan felvesszük Önnel a kapcsolatot.**

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