

„BALESETI HALÁL 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: _____

2 A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

A baleset időpontja: év _____ hónap _____ nap _____. A halál beálltának időpontja: év _____ hónap _____ nap _____.
A halál oka: Baleset Betegség

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

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:

**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 összes érvényes munkaszerződését, 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 Biztosított Felsőfokú Egyetemi vagy Főiskolai Végzettségét 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 a Biztosított által bejelentett Havi Nettó Jövedelmet igazoló három bérjegyzék másolatát, illetve a munkáltató által kiállított azonos tartalommal bíró jövedelemigazolást.
 - Amennyiben korábban Kedvezményezettek lettek megnevezve, a Kedvezményezettek személyi igazolványának és lakcím kártyájának a másolatát, illetve bankszámlaszámaikat.
 - A Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
 - Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halálok megjelölésével,
 - Boncolási jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
 - Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeit leíró, a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását,
 - Véralkohol vizsgálati eredményét (ha készült),
 - Közlekedési, illetve Munkabaleset esetén eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát (ha készült),
 - Amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozat, illetve a jogerős bírósági határozat),
 - A Biztosítási Esemény bekövetkeztének időpontjától a balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot,
 - A biztosított személy által gépjármű vezetése során elszenvedett közlekedési baleset esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát,
 - Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a Kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg).
- 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.