

Kötvényszám: 89849851

Biztosítás kezdete: 2016. június 1.

Módozat neve: UNION – Kompakt MOK Csoportos életbiztosítás

**Szerződő adatai**

Szerződő neve: **Magyar Orvosi Kamara** Székhely: **1068 Budapest, Szondi u.100.**

**Biztosított adatai**

Biztosított/Sérült neve: \_\_\_\_\_  
 Kamarai tagság kezdete: \_\_\_\_\_ Kamarai tagsági igazolvány száma: \_\_\_\_\_  
 Születési neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_  
 Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Állandó lakcím: \_\_\_\_\_  
 Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
 Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig  
 Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_  
 Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
biztosított aláírása

\_\_\_\_\_   
igénybejelentő / szerződő aláírása, bélyegző, azonosító okmány száma

**A biztosított halála esetén a biztosítási összeg felvételére jogosult kedvezményezett adatai**

(1) jogosult neve: \_\_\_\_\_ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)  
 Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig  
 Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_  
 Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Bankszámla tulajdonos neve: \_\_\_\_\_

(2) jogosult neve: \_\_\_\_\_ Örökös / kedvezményezett / bejelentő (megfelelő aláhúzendő)  
 Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
 Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig  
 Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_  
 Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Bankszámla tulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(1) jogosult aláírása

(2) jogosult aláírása

**Biztosítási esemény**

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

A baleset helye: \_\_\_\_\_

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): \_\_\_\_\_

A baleset során más sérült-e, ha igen, kérjük a nevét és TAJ számát: \_\_\_\_\_

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

nem  igen  (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőrségi intézkedés?

nem  igen  (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e? (mikor, milyen mértékben károsodott?)

nem  igen  (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

nem  igen  \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
biztosított / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki!  A megfelelő helyen így jelelje!

### Az igényelt szolgáltatás típusa és benyújtandó okiratok

Kérjük minden esetben a tagsági igazolvány másolatát vagy a tagsági igazolást csatolni és x-szel megjelölni a szolgáltatás típusát!

csonttörés, csontrepedés, égés

Benyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata  
– az ambuláns kezelőlap(ok) másolata(i)  
– röntgen lelet másolata  
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti kórházi napi térítés (1-60 napra)

baleseti műtéti térítés

Benyújtandó iratok: – az első akut ellátás orvosi iratainak a másolata  
– zárójelentés(ek) másolata(i)

baleseti maradandó egészségkárosodás (20-100%)

Benyújtandó iratok: – az összes orvosi ellátás dokumentum másolata

bármely okú halál

baleseti halál

közlekedési baleseti halál

Benyújtandó iratok: – halotti anyakönyvi kivonat másolata  
– halottvizsgálati bizonyítvány másolata  
– az örököszt megállapító közjegyzői okirat másolata (ha a kedvezményezett a törvényes örökös)  
– kedvezményezett(ek) személyi igazolvány és lakcímkártya másolata(i)  
– a rendőrségi nyomozást megszüntető határozat másolata

1. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.
2. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
3. Tudomásul veszem, hogy ha faxon (fax: (+36-1) 486-4390) vagy e-mailen (ugyfelszolgalat@unionbiztosito.hu) a saját felelősségemre – a gyorsabb ügyintézés érdekében – az UNION Biztosítóhoz elküldöm Igénybejelentésemet, akkor az eredetét egy napon belül postai úton is továbbítanom kell a biztosító címére (1461 Budapest, Pf. 131.).
4. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségi adatokat a UNION Biztosító kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok, valamint viszontbiztosítási célból egyéb viszontbiztosítók részére adja át.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
igénybejelentő/szerződő aláírása, bélyegző

### Biztosító tölti ki!

A kedvezményezett, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.  
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
területi igazgatóság bélyegzője és átvevő aláírása