

Kötvényszám: \_\_\_\_\_ Kárszám: \_\_\_\_\_ Módozat neve: Egyedi UNION-Pillér  
Díjjal fedezve (dátum): \_\_\_\_\_ Utolsó befizetés dátuma: \_\_\_\_\_ Biztosítás kezdete: \_\_\_\_\_

**Szerződő / Biztosított**

Szerződő neve: **Magyar Telekom Nyrt.** Székhely: **1013 Budapest, Krisztina krt. 55.**

Adószám: 10773381-2-44 Cégjegyzékszám: 01-10-041928

Biztosított neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_

Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_ Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_

**A biztosítási összeg felvételére jogosult(ak) adatai**

Kedvezményezett(ek) adatai:

(1) Jogosult neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_

Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_

Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

(2) Jogosult neve: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési idő, hely: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma/típusa: \_\_\_\_\_ Érvényessége (év/hónap/nap): \_\_\_\_\_

Kiállító hatóság: \_\_\_\_\_

Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása

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

**Biztosítási esemény**

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

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

A baleset miatti haláleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

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

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

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkoholt, bódító- vagy kábítószer fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

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

Volt-e rendőri intézkedés?

igen  nem (ha igen, a határozat másolatát, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

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

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

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel a balesettel kapcsolatban?

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

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

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

**Az igényelt szolgáltatás típusa**

Kérjük x-szel jelölni!

Benyújtandó iratok: – az utolsó telefondíj befizetéséről a számla másolata  
– a telefon előfizetője és a biztosított lakcímkártyájának másolata

Továbbá:

- 
- balesetből eredő maradandó egészségkárosodás 31%-tól vagy
- 
- 
- közlekedési balesetből

eredő maradandó egészségkárosodás 31%-tól

Benyújtandó iratok: – az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata  
– orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)  
– a maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító szakértői dokumentum másolata  
– a maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum másolata  
– hatósági intézkedés esetén a határozat másolata  
– alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

- 
- közlekedési balesetből eredő kórházi ápolás és
- 
- 
- műtéti térítés

Benyújtandó iratok: – az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata  
– orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)  
– hatósági intézkedés esetén a határozat másolata  
– alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

- 
- baleseti halál vagy
- 
- 
- közlekedési balesetből eredő halál

Benyújtandó iratok: – orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)  
– halotti anyakönyvi kivonat másolata  
– a halál okát megállapító bizonyítvány másolata (halottvizsgálati bizonyítvány)  
– az örököszt megállapító közjegyzői okirat másolata  
– kiskorú kedvezményezett esetén a gyámhatósági határozat másolata  
– kedvezményezett(ek) személy igazolvány és lakcímkártya másolata  
– a hatósági intézkedés esetén a határozat másolata  
– alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat eredményét igazoló dokumentumok másolatai

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma**Biztosító orvosának szakvéleménye**

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a biztosító szakorvosának aláírása**Biztosító tölti ki:**

A kedvezményezett, a szerződő, illetve a biztosított azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.

A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
területi iroda bélyegzője és az átvevő aláírása