

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

Továbbá:

 balesetből eredő csonttörés

Benyújtandó iratok: – az első orvosi ellátás orvosi dokumentum másolata
– orvosi dokumentum(ok), zárójelentés(ek) másolata(i)

 balesetből eredő
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

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