

Csoportos biztosítások – Haláleseti bejelentő
(halál, baleseti halál, munkahelyi baleseti halál esetén)
Group Insurance – Death notification
(in case of death, death in accident, death in accident at work)

A Szerződő neve/Policyholder's name:	Kárszám/Claim no.:

A Biztosított neve/Insured:

Születési neve/Name at birth: Anyja neve/Mother's name:

Születési helye/Place of birth: Születési ideje/Date of birth: év/year hó/month nap/day

A Biztosított címe/Address of insured:

Telefon száma/Phone number: E-mail címe/E-mail address:

Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot?/Did you receive any pension, disability pension or annuity? Igen/Yes Nem/No

Ha igen, mióta?/If yes, since when? From év/year hó/month naptól/day

Milyen okból?/For what reason?

A halál ideje/Date of death: év/year hó/month nap/day

Baleseti halál esetén a baleset részletes leírása/Details of the accident for a **death in an accident**:

Történt-e hatósági vizsgálat?/Was there any investigation by an authority? Nem/No Igen/Yes

Eljáró hatóság/Proceeding authority:

Történt-e véralkohol vizsgálat?/Did they use a blood alcohol test? Nem/No Igen/Yes

Vizsgálatot végezte/Test was performed by:

NEM Baleseti halál esetén a betegség részletes leírása/Details of the accident for a **death NOT in an accident**:

Mikor kezdődött az előző pontban leírt betegsége?/When did the illness referred to above start? év/year hó/month nap/day

Amennyiben volt hatósági vizsgálat, az eljáró hatóság megnevezése/Proceeding authority when applicable:

<p>Jogosult (kedvezményezett (1))/Eligible person (beneficiary (1)): Neve/Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Jogosult (kedvezményezett (2))/Eligible person (beneficiary (2)): Neve/Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--

<p>Születési ideje/Date of birth: <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> év/year <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> hó/month <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> nap/day</p>	<p>Születési ideje/Date of birth: <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> év/year <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> hó/month <input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/><input style="width: 10%; text-align: center;" type="text"/> nap/day</p>
---	---

<p>Anyja neve/Mother's name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Anyja neve/Mother's name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--

<p>Lakcíme/Address: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Lakcíme/Address: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
---	---

Az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 31. § (2) 25b. pontja szerint életbiztosítási szerződés alapján történő kifizetéshez a kifizetés jogosultjának nyilatkoznia kell arról, hogy az Európai Unió valamely tagállamának adóügyi illetőségével* rendelkezik-e. Ennek értelmében, mint a kifizetés jogosultja akként nyilatkozom, hogy az adóügyi illetőségem/Pursuant to Section 31(2) Item 25b. of Act XCII of 2003 on the Order of Taxation for any payment to be made under a life insurance agreement the beneficiary must provide a declaration as to whether they are a taxpayer in a Member State of the European Union*. Consequently, as the beneficiary of the payment, I hereby declare that I am:

<p><input type="checkbox"/> nem az Európai Unió tagállama</p>	<p><input type="checkbox"/> nem az Európai Unió tagállama</p>
<p><input type="checkbox"/> az Európai Unió tagállama: <input style="width: 400px;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> az Európai Unió tagállama: <input style="width: 400px;" type="text"/></p>

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését: Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

<p><input type="checkbox"/> A következő számlaszámra: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> A következő számlaszámra: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--

<p><input type="checkbox"/> Lakcíme <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Lakcíme <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--

Alíráás: Alíráás:

Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú törvényes képviselőjének neve:

Anyja neve:

Születési ideje:

 év hó nap

Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata | <input type="checkbox"/> Baleseti jegyzőkönyv másolata (baleset esetén) |
| <input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány másolata | <input type="checkbox"/> Hatósági eljárás esetén: határozat, végzés, ítélet |
| <input type="checkbox"/> Egyéb orvosi igazolások, kórházi zárójelentés stb. | <input type="checkbox"/> Jogerős örökösödési végzés másolata |
| <input type="checkbox"/> Véralkohol vizsg. eredmény | <input type="checkbox"/> A jogosult (kedvezményezett) szig. másolata |

MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS

Igazoljuk, hogy

szül.:

 év hó nap

Anyja neve:

vállalatunknál

 év hó naptól folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll.

Dátum:

 év hó nap

Munkáltató aláírása, ph.:

Jelen nyilatkozattal hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól.

A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulás csak írásban érvényes! Elektronikus úton csak fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott dokumentumban lehet érvényesen nyilatkozatot tenni!

Kelt:

 év hó nap

Az igénybejelentő neve:

szig. száma:

Az igénybejelentő aláírása:

Az igénybejelentő telefonszáma:

Az igénybejelentő e-mail címe: