



SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI ÁPOLÁS, MŰTÉTI TÁMOGATÁS, KERESŐKÉPTELENSÉG ÉS ROKKANTSÁG ESETÉRE ÉLETBIZTOSÍTÁS ALAPJÁN

1. Groupama Garancia Biztosító feljegyzései

a. Szervezeti egység megnevezése:		
b. Szervezeti egység kódja:		
c. Módozati kódszám:		
d. Szerződésszám:		
e. Kockázatviselés kezdete:		
f. Biztosítás lejárat:		
g. Biztosítási összeg:		
h. Biztosítás díja:		
i. Kárszám:		

Érkeztető bélyegző helye

2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)

a. Biztosított neve:			
b. Leánykori név:			
c. Születési hely/idő:			
d. Anyja neve:			
e. Állandó lakcím:			
f. Levelezési cím:			
g. Milyen biztosítás alapján igényli a szolgáltatást:	GB		
	GB		
	GB		
	GB		
h. A biztosítási összeg felvételére jogosult neve:			
h/1. Állampolgársága:			
i. A baleset ideje, helye:			
j. A baleset rövid leírása:			
k. Indult-e a balesettel kapcsolatban hatósági eljárás?	☐ igen	☐ nem	
l. Az eljáró hatóság neve:			
m. Érte már a biztosításkötést megelőzően baleset?	☐ igen	☐ nem	
n. Volt-e már előzőleg sérülés a most sérült testrészén?	☐ igen	☐ nem	
o. A választott orvos (házi orvos) neve:			
o/1. Címe:			
p. Az összeg banki utalását kérem:			
p/1. Bank neve:			
p/2. Számlaszám:			
q. Az összeg postai utalását kérem:			
q/1. Név:			
q/2. Cím:			

3. Adatok a kórházi ápolás, műtéti támogatás, kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az ügyfél tölti ki)

- a. Kórházi ápolás kezdete: . . .
- b. Kórházi ápolás vége: . . .
- c. Kórházi ápolási napok száma:
- d. Kórházi ápolás oka: _____
- e. A műtét ideje, megnevezése: . . . _____
- f. A kórház (intézmény) neve:
- g. Címe: út, tér szám emelet ajtó

4. Adatok keresőképtelenség esetére szóló kiegészítő biztosítások szolgáltatásához (az ügyfél tölti ki)

- a. Keresőképtelenség kezdete: . . .
- b. Keresőképtelenség vége: . . .
- c. Keresőképtelenség oka: _____
- d. Keresőképtelen állományban tartó orvos neve:

5. Adatok a baleseti rokkantsági szolgáltatás esetére szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatásaihoz (az ügyfél tölti ki)

- a. A rokkantságot okozó betegség(ek) megnevezése: _____
- b. Jelen balesetével kapcsolatban nyújtott-e be korábban kárigényt társaságunkhoz?
☐ igen, . . . ☐ nem
- c. Csatolt dokumentumok száma, megnevezése: _____

Alulírott biztosított kérem, hogy a fentebb megjelölt számú biztosítási szerződés kórházi ápolását*/műtéti támogatását*/keresőképtelenséget*/rokkantsági szolgáltatását* a biztosítás feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek. (* a kívánt rész aláhúzendő)

Tudomásul veszem, hogy az igénybejelentés átvétele a Groupama Garancia Biztosító Zrt. részéről nem jelenti igényem elismerését.

Kelt: _____, . . .

biztosított aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása

6. Groupama Garancia Biztosító feljegyzései

- a. Kifizetendő teljes összeg: Ft
- b. Számfejtette:
- Kelt: _____, . . .
- _____
aláírás
- c. Ellenőrizte:
- Kelt: _____, . . .
- _____
aláírás
- d. Utalványozta:
- Kelt: _____, . . .
- _____
aláírás