

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ NEM BALESETI EREDETŰ KÓRHÁZI ÁPOLÁS,  
MŰTÉTI TÁMOGATÁS, RETTEGETT BETEGSÉG, KERESŐKÉPTELENSÉG ÉS  
ROKKANTSÁGI SZOLGÁLTATÁS ESETÉRE ÉLETBIZTOSÍTÁS ALAPJÁN**

**1. Szerződésre vonatkozó adatok (a biztosító tölti ki)**

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. Díjjal rendezett időszak vége:	____. ____.	____. ____.	____. ____.
j. Kárszám:			

*érkeztető bélyegző helye*

**2. Általános adatok (az ügyfél tölti ki)**

a. Biztosított neve:			
b. Születési név:			
c. Születési hely, idő:	____, ____.		
d. Anyja neve:			
e. Állandó lakcím:	____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó		
f. Levelezési cím:	____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó		
g. Telefonszám:	____ - ____		
h. Milyen biztosítás alapján igényli a szolgáltatást:			
GB	____	jelű	_____
GB	____	jelű	_____
GB	____	jelű	_____
GB	____	jelű	_____
i. Igénybejelentő:			
i/1. Neve:			
i/2. Levelezési címe:	____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó		
i/3. E-mail címe:			
i/4. Telefonszáma:	____ - ____		
j. A választott háziorvos:			
j/1. Neve:			
j/2. Címe:	____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó		
k. Csatolt dokumentumok száma, megnevezése:	_____		
l. Az összeg banki utalását kérem:			
l/1. Bank neve:			
l/2. Számlaszám:			
m. Az összeg postai utalását kérem:			
m/1. Név:			
m/2. Cím:	____ út, utca, tér ____ szám ____ emelet ____ ajtó		

### 3. Adatok a kórházi ápolás, műtéti támogatás, rettegett betegség esetére szóló 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. A kórház (intézmény) címe:  út, utca, tér  szám  emelet  ajtó

h. Rettegett betegség megnevezése: \_\_\_\_\_

i. A diagnózis kelte: . . .

j. A diagnózist megállapító orvos neve:

k. A diagnózist megállapító intézmény neve:

### 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 rokkantsági szolgáltatás esetére szóló kiegészítő biztosítás szolgáltatásaihoz (az ügyfél tölti ki)

a. Az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv szerinti megrokkánásának, egészségkárosodásának oka: \_\_\_\_\_

b. A rokkantságot, egészségkárosodást okozó betegség(ek) megnevezése: \_\_\_\_\_

c. Az arra illetékes rehabilitációs szakértői szerv határozata alapján a rokkantsági ellátásra való jogosulttá válás időpontja: . . .

d. Az egészségi állapot százalékos mértéke: % (100% – megállapított egészségkárosodás százalékos mértéke)

**Alulírott kijelentem,** hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljeselek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja. A **biztosított felhatalmazza a biztosítót,** hogy az egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító

beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-aiban, valamint 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított:  hozzájárulok

**Tájékoztatjuk,** hogy a kár, illetve szolgáltatási igény bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a szolgáltatási igény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján ([www.groupama.hu](http://www.groupama.hu)), valamint ügyfélszolgálati irodáiban elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

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

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

Kelt: \_\_\_\_\_, . . .

\_\_\_\_\_  
biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
biztosító ügyintézőjének aláírása

## 6. Groupama Biztosító kifizetésre vonatkozó feljegyzései

a. Kifizetendő teljes összeg:  Ft

b. Számfejtette:

Kelt: \_\_\_\_\_, . . .

\_\_\_\_\_  
aláírás

c. Ellenőrizte:

Kelt: \_\_\_\_\_, . . .

\_\_\_\_\_  
aláírás

d. Utalványozta:

Kelt: \_\_\_\_\_, . . .

\_\_\_\_\_  
aláírás