

INSPIRA ÉLETÍVHEZ VÁLASZTOTT DÍJÁTVÁLLALÁS SZOLGÁLTATÁSRA VONATKOZÓ IGÉNYBEJELENTŐ

1. A biztosított és a biztosítási szerződés adatai

- a. Biztosított neve: _____
- b. Születési név: _____
- c. Születési idő: _____ . _____ . _____ .
- d. Szerződésszám: _____
- e. Kockázatviselés kezdete: _____ . _____ . _____ .
- f. Biztosítási díj: _____ Ft
- g. Díjjal rendezett időszak vége: _____ . _____ . _____ .

Kérjük, vegye figyelembe, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez 12 havi díjrendeztettség szükséges.

2. A biztosítási eseményre vonatkozó adatok

- a. A 31 napot meghaladó keresőképtelenség időpontja: _____ . _____ . _____ .
- b. A 31 napot meghaladó keresőképtelenség oka: betegség baleset gyermekápolás

3. Betegsége vonatkozó adatok (betegségi eredetű 31 napot meghaladó keresőképtelenség esetén töltendő ki)

- a. A 31 napot meghaladó keresőképtelenség kialakulásának leírása (mikor kezdődött a 31 napot meghaladó keresőképtelenséghez vezető betegség, mennyi ideje van táppénzen a betegség miatt): _____

- b. Hol és ki kezelte a biztosítottat a fenti betegsége miatt:
- b/1. Kórház neve: _____
- b/2. Kórház címe: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- b/3. Kezelőorvos neve: _____
- b/4. Egyéb: _____

4. Balesetre vonatkozó adatok

- a. A baleset időpontja: _____ . _____ . _____ .
- b. A baleset és a baleset körülményeinek rövid leírása: _____

5. A biztosított házi orvosának adatai

- a. A biztosított házi orvosának neve: _____
- b. Címe: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- c. Telefonszáma: _____

6. Az igénybejelentő adatai

a. Az igénybejelentő neve: _____

b. Levelezési címe: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

c. Telefonszáma: _____

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek, **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 elengedhetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerez-

ze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a 2014. évi LXXXVIII. tv. 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

Az alábbi dokumentumokat kell elküldenem a szolgáltatási igényem elbírálásához a Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum, Kárrendezési Osztály – 1380 Budapest, Pf. 1049 címre, vagy leadnom a Groupama Biztosító bármelyik ügyfélszolgálati irodájában:

A 31 napot meghaladó keresőképtelenség kialakulásával kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata.

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

Kelt: _____, _____. _____. _____.

igénybejelentő aláírása