



SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSHOZ

1. A szerződés adatai

- a. Módozat: Folyamatos Díjfizetésű _____ Életív Program
 Egyszeri Díjfizetésű _____ Életív Program
- b. Szerződésszám: _____
- c. Az igénybejelentőhöz csatolt dokumentumok: _____

érkeztető bélyegző helye

2. Általános adatok a szolgáltatási igény teljesítéséhez

- a. Alulírott, mint a fenti életbiztosítás kedvezményezettje, a fenti életbiztosítás vonatkozásában a következő biztosítási eseményt jelentem be, illetve kérem a hozzá kapcsolódó szolgáltatást.
- b. Igénybejelentő neve: _____
- c. Igényelt szolgáltatás: haláleset egészségkárosodás nyugdíj jogosultság megszerzése lejárat
- d. E-mail cím: _____ e. Állampolgárság: _____
- f. Lakcím: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- g. Telefonszám: _____ - _____ h. Adóazonosító jel/adószám: _____
- i. A szolgáltatási összeg kifizetése
- i/1. A következő összeg átkönyvelése a Groupama Garancia Biztosítónál lévő _____ szerződésszámú/ajánlati sorszámú GB _____ jelű biztosításra: teljes összeg _____ Ft.
- i/2. A nyugdíjbiztosításba beépített járadékszolgáltatás formájában. Járadékfizetés tartama: _____ év.
 Járadékfizetés gyakorisága: havi negyedéves féléves éves
 A járadéktag kifizetését kérem a j/1. pontban megadott folyószámlára a j/2. pontban megadott postai címre
- i/3. utalás a j/1. pontban megadott folyószámlára utalás a j/2. pontban megadott postai címre
- j. A kifizetéshez szükséges adatok
- j/1. Folyószámlára történő utalás esetén:
 Bank neve: _____
 Számlaszám: _____ - _____ - _____
- j/2. Postai címre történő utalás esetén:
 Levelezési cím: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- k. Amennyiben a szolgáltatási összeg kifizetése nem járadék formájában történik, annak indoklása: _____

3. Adatok a haláleseti szolgáltatás teljesítéséhez

- a. Biztosított (elhunyt) neve: _____
- b. Leánykori neve: _____
- c. Születési hely/idő: _____, _____ . _____ . _____ .
- d. Anyja neve: _____
- e. Állandó lakcím: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- f. A választott orvos (házi orvos):
- f/1. Neve: _____
- f/2. Címe: _____
 _____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

3. Adatok a haláleseti szolgáltatás teljesítéséhez (folytatás)

- g.** A haláleset ideje: . . . helye:
- h.** Indult-e a halálesettel kapcsolatban hatósági eljárás? igen nem
- i.** Az eljáró hatóság neve:
- j.** Csatolt dokumentumok:
- j/1.** A biztosítási kötvény: igen nem
- j/2.** Halotti anyakönyvi kivonat: igen nem
- j/3.** A halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány: igen nem
- j/4.** A hatósági eljárás során keletkezett iratok: igen nem
- A csatolt okiratokról a biztosítási esemény megítélés szempontjából közömbös adatok törölhetőek.

4. Adatok az egészségkárosodási szolgáltatás teljesítéséhez

- 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 kedvezményezett kérem, hogy a fent megjelölt számú biztosítási szerződés szolgáltatási összegét a biztosítás feltételek szerint kifizetni szíveskedjenek.

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

Kelt: _____, . . .

kedvezményezett aláírása

biztosító ügyintézőjének aláírása