

Betegségbiztosítási igénybejelentő

Kötvényszám: <input type="text"/>	Módozati kód: <input type="text"/>	Érkeztetés: <input type="text"/>
---	--	--

Biztosított neve:	Születési hely:	Születési idő:
Lakcím:	Telefonszám:	

Szolgáltatás fajtája:

<input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> saját jogú	<input type="checkbox"/> gyermek jogán ;	napok száma <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Gyógyulási támogatás	<input type="checkbox"/> Kritikus betegség	<input type="checkbox"/> Csonttörés
<input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Szülési támogatás	<input type="checkbox"/> Őssejt-levétel	<input type="checkbox"/> Otthonápolási támogatás

Biztosítási esemény időpontja:

Baleset Külföldi baleset

Biztosítási esemény rövid leírása (diagnózis / baleset körülményei)

Orvosi ellátás helye:

Kezelőorvos neve:

Történt-e hatósági vizsgálat? Nem
 Igen, _____ rendőrkapitányság részéről

Szolgáltatásra jogosult (a biztosított vagy halál esetén a kedvezményezett) adatai:

Név: _____ Telefonszám: _____

Milyen módon kéri a kárösszeg kifizetését? Postai utalvány Banki átutalás

Postai utalvány esetén utalási cím:

Banki utalás esetén bankszámlaszám:

Bejelentő (ha nem azonos a biztosítottal vagy a kedvezményezettel) adatai:

Név: _____

Lakcím: _____ Telefonszám: _____

Csatolt dokumentumok:

Kelt: _____