

Módozat neve: UNION-Kompakt / Provident Pénzügyi Zrt. ügyfelei részére

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Provident Pénzügyi Zrt. Székhely: 1134 Budapest, Angyalföldi út 6.**

Adószám: 12590687-1-44 Cégjegyzékszám: 01-10-044542

Biztosított adatai

Biztosított/Sérült neve: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszáma: _____ Állampolgársága: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____ Adóazonosító jele: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Kölcsönszerződés(ek) azonosító száma(i): _____

A biztosított/sérült Providentes ügyfélszáma: _____

Családi biztosítás esetén a kölcsönigénylő neve: _____

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ biztosított/sérült aláírása / azonosító okmány száma

A biztosított halála esetén a biztosítási összeg felvételére jogosult kedvezményezett adatai

Kedvezményezett neve: _____ Anyja neve: _____

Születési idő, hely: _____ / _____ / _____, _____

Levelezési cím: _____

Azonosító okmány száma/típusa: _____ Érvényessége (év/hónap/nap): _____-tól _____-ig

Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Számlatulajdonos neve: _____

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A halál időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

Az esemény részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Történt-e alkohol, bódító- vagy kábító hatású szerek fogyasztására, illetve toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat?

igen nem (ha igen, kérjük, küldje be az eredményt igazoló dokumentum másolatát)

Volt-e rendőrségi intézkedés?

igen nem (ha igen, az intézkedés iratainak a másolatait, kérjük, csatolja a bejelentéshez)

A most balesetet szenvedett testrész korábban betegség vagy baleset következtében sérült-e?

igen nem (ha igen, kérjük, hogy az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumait a bejelentéshez csatolni szíveskedjék)

Volt-e korábban szolgáltatási igénye ezzel kapcsolatban?

igen nem _____ év _____ hó _____ nap

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____

_____ biztosított/sérült / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Az igényelt szolgáltatás típusa

A biztosítási feltételekben megnevezett kockázatok figyelembe vételével kérjük X-el jelölni az igényelt szolgáltatás típusát!

- Haláleset
 Baleseti csonttörés, csontrepedés
 Baleseti kórházi napi térítés
 Baleseti maradandó egészségkárosodás
 Baleseti halál
 Baleseti műtéti térítés
 Baleseti égés
 Egyéb _____

Benyújtandó irat:

- A balesettel kapcsolatosan készült összes orvosi dokumentum másolata, különös tekintettel az első ellátásról készült orvosi dokumentum másolatára (ambuláns lap, járóbeteg ellátási lap, kórházi zárójelentés, lelet, stb.)
- A maradandó egészségkárosodás/munkaképesség csökkenés mértékét megállapító a Rehabilitációs hatóság által kiadott Komplex minősítést végző orvos-szakértői bizottság Összefoglaló vélemény másolata
- A betegséggel kapcsolatosan rendelkezésre álló összes orvosi dokumentum másolata, különös tekintettel az igény alapjául szolgáló betegség első diagnosztizálásáról készült orvosi dokumentum másolatára (ambuláns lap, járóbeteg ellátási lap, kórházi zárójelentés, lelet, stb.)
- Halotti anyakönyvi kivonat, boncjegyzőkönyv másolata
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Jogerős Hagyatékatadó végzés vagy jogerős Öröklési bizonyítvány másolata
- A fenti dokumentum szerinti kedvezményezett(ek) személyazonosító igazolványának, laccímekártyájának másolata

Továbbá:

- Baleseti jegyzőkönyv másolata
- A Hatósági eljárás során keletkezett, az eljárás anyagát képező iratok másolata (jegyzőkönyv, tanúmeghallgatási jegyzőkönyv stb.) vagy jogerős lezáró határozat abban az esetben, ha a szolgáltatási igény bejelentéskor már rendelkezésére áll
- Alkohol, bódító- vagy kábítószeres fogyasztására, ill. toxikus anyagok szedésére vonatkozó orvosi vagy hatósági vizsgálat eredményének másolata
- Külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén az idegen nyelven kiállított dokumentumok, okiratok hiteles magyar fordítása
- Közlekedési baleset esetén a biztosított érvényes vezetői engedélyének, forgalmi engedélyének a másolatai, amennyiben a biztosított a gépjármű vezetőjeként sérült meg

Kelt: _____, _____ / _____ / _____
biztosított/sérült / igénybejelentő aláírása / azonosító okmány száma

Biztosító orvosának szakvéleménye

Kelt: _____, _____ / _____ / _____
a biztosító szakorvosának aláírása

Biztosító tölti ki!

A szerződő, a biztosított, illetve a kedvezményezett azonosítását a törvényben előírtaknak megfelelően elvégeztem.
A hiánytalanul kitöltött Igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem.

Kelt: _____, _____ / _____ / _____
átvevő aláírása