

Szolgáltatási igénybejelentő / Claim Notification Form

Csoportos baleset-, betegség-, életbiztosításhoz / Group accident, health and life insurance

Kötvényszám (Policy Number):		Ügyfélszám (Customer Number):	
Szerződő adatai (Policyholder's data): Szerződő adatai (Policyholder's data):			
Szerződő neve (Name): _____			
Címe: _____			
Biztosított adatai (Insured's data):			
Neve (Name): _____			
Születési hely és idő (Place and date of birth): _____			
Címe (Address): _____			
Telefonszáma, e-mail címe (Phone, e-mail): _____			
Igénybejelentő adatai (Data of the person submitting the claim):			
Neve (Name) : _____			
Születési hely és idő (Place and date of birth): _____			
Címe (Address) : _____			
Telefonszáma, e-mail címe (Phone, e-mail) : _____			
<i>Kiskorú kedvezményezett esetén a 200 000 Ft-ot meghaladó összeget a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki társaságunk, a megjelölt törvényes képviselő részére, a határozatban leírtaknak megfelelően.</i>			
Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki! (Should be filled in case of death!)			
Halálozás időpontja (Date of death): _____			
Halálozás helye (Place of death): _____			
Mikor állították fel a halálest okául szolgáló alapbetegség diagnózisát? _____			
A biztosított házi orvosának neve, címe: _____			
Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:			
<input type="checkbox"/> Halálest (Death)			

MetLife Europe d.a.c. egy zártkörűen működő részvénytársaság, Írországban bejegyzett cégjegyzékszáma: 415123.

Székhelye: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Írország.

Magyarországi Fióktelepe: 1138 Budapest, Népfürdő utca 22. Cégjegyzék száma: 01-17-000934.

Igazgatók: Sarah Alicia Celso (amerikai), Alan Cook (brit), Brenda Dunne, Nick Hayter (brit), Michael Hatzidimitriou (görög), Roy Keenan, Dirk Ostijn (belga), Mario Valdes (mexikói), Lukas Ziewer (svájci)

MetLife Europe d.a.c. (kereskedelmi nevén MetLife) az Írországi Nemzeti Bank (CBI) által felügyelt és a Magyar Nemzeti Bank (MNB) által korlátozottan szabályozott társaság.

Az MNB szabályozás terjedelmére vonatkozóan társaságunkhoz fordulhatnak tájékoztatásért.

telefon: 06 1 391 1300, fax: 06 1 391 1660, e-mail: info@metlife.hu, honlap: www.metlife.hu

Kérjük HALÁLESET esetén töltsse ki! (Should be filled in case of death!)

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem / Documents*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!) *

- Halotti anyakönyvi kivonat (Közjegyzővel vagy anyakönyvvezetővel hitelesítette) / (Death certificate)
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolat (Death Investigation Certificate)
- Kedvezményezett születési idejét hitelt érdemlően bizonyító okirat másolata (Beneficiary's ID)
- Boncjegyzőkönyv másolat (Copy of Autopsy Report)
- Háziorvosnál nyilvántartott kórlap/kórtörténet (Att. Physician's Report)
- A haláleset/szolgáltatás alapjául szolgáló betegség diagnosztizálásával kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata (Documents indicating the beginning date and course of the disease causing death and the circumstances of death)
- Rendőrhatalmági jegyzőkönyv (ha készült) / Police report (if issued)
- Jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány, kedvezményezett jelölés hiányában (Valid Legacy transfer decree, if no beneficiary has been nominated)
- Tényleges tulajdonosi nyilatkozat (Beneficial Owner Statement)
- Azonosítási adatlap (Customer Identification Form)

*A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat./ The insurer in case of necessity can acquire documents by itself.

Kérjük BALESET / BETEGSÉG esetén töltsse ki! (Should be filled in case of accident/sickness!)

Baleset időpontja (Date of the accident): _____

Baleset helyszíne és a baleset körülményeinek leírása (Description of the accident place and circumstances):

A jelenleg sérült testrész volt-e megelőzőleg betegség következtében károsodott vagy baleset következtében sérült? Ha igen milyen mértékben? (Has the presently injured part of body ever wounded due to accident or illness? If yes, in what measure?)

Történt-e rendőri intézkedés? Ha igen mely szervnél? (Was there any police action? If yes, please provide the details of the authority?)

A balesetet követően történt-e véralkohol vizsgálat? Ha igen hol és milyen eredménnyel? (Were you charged under alcohol blood test after the accident? If yes, what authority performed and which result stated?)

Szenvedett-e a korábban a jelenlegi betegségében? Ha igen, mikor?
(Have you ever had the present sickness before? If yes, when?) _____

Műtéti beavatkozás időpontja (ha történt)/Date of surgery, if any):

Szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján (Type of claim):

- Maradandó egészségkárosodás (69%-ot meghaladó) / Total and permanent disability (at least 69%)
- Kritikus betegség (Critical Care - 9) / Critical illnesses (Critical Care - 9)

Kérjük **BALESET / BETEGSÉG** esetén **töltse ki!** (Should be filled in case of accident/sickness!)

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem / Documents*:

(A mellékelt iratokat kérjük a négyzetben jelölni!)*

- A baleseti sérülés vagy betegség ellátásával kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentum másolata, az első ellátás időpontjától az igénybejelentés időpontjáig (Detailed medical documentation related to the current accident / disease)
- Szövettani eredmény (Histology)
- Rendőrhatalósági jegyzőkönyv (ha készült) / Police report (if issued)
- Véralkohol vizsgálat eredménye (ha készült) / Result of blood alcohol test (if it was carried out)
- Hatósági orvosi szakvélemény másolata (ha van) / Social Security Report
- Egyéb iratok / Other documents:

*A biztosító szükség esetén maga is beszerezhet adatokat./ The insurer in case of necessity can acquire documents by itself.

1. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a MetLife Europe Limited Magyarországi Fióktelepével szemben a titoktartás alól felmentem. (Herewith I declare to release organisations, institutes or investigating authorities handling facts about the insurance contract or medical and personal data from their secrecy obligation towards MetLife Europe Limited Hungary)
2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek, illetve kezelni fognak. (Further I release physicians (medical institutions) having treated or treating me before or during the validity of the insurance contract from their medical secrecy obligation)
3. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom. (I assume the obligation of putting documents certifying facts or data necessary for claim adjustment at the disposal of the insurer)
4. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. (Data concerning the health status of the insured will be treated as insurance secret by the insurer)
5. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy nem vagyok az U.S.A. polgára és/ vagy nem tartozom az U.S.A. Szövetségi jövedelemadó hatálya alá (továbbiakban U.S.A. polgár). Tudomásul veszem, hogy az U.S.A. polgár által, az U.S.A. Szövetségi Jövedelemadó – státusz vonatkozásában tett nyilatkozatban tett valótlan nyilatkozat az U.S.A. jogszabályok alapján büntetést vonhat maga után. (I, as the claimant (insured, beneficiary) named on the present document hereby certify that I AM NOT citizen or resident of the United States or United States Person for United States ("U.S.") Federal Income tax purposes (further on: U.S. person). I acknowledge and accept that false statement or misrepresentation of tax status by U.S. person could lead penalties under U.S. law.)
6. Alulírott tudomásul veszem, hogy a Biztosító részletes adatkezelési tájékoztatója a Biztosító honlapján, a www.metlife.hu weblapon található, melyből a Biztosítóhoz címzett írásbeli nyilatkozatommal bármikor jogosult vagyok írásbeli példányt igényelni.
7. Alulírott, mint a jelen bejelentésen megjelölt igényjogosult (biztosított, kedvezményezett) kijelentem, hogy a részemre járó szolgáltatási összeget az alábbi módon kérem kiutalni (I, as the claimant (insured, beneficiary) named on the present document hereby certify that, the amount of service for me please allocated in the following manner):

Igénybejelentő / Kedvezményezett adatai **nem haláleseti szolgáltatások** esetére:

Név: _____ Születési idő: _____

Cím: _____

Telefonszám, e-mail cím: _____

Kifizetés módja: Banki átutalás Posta

Bankszámlaszám: _____

Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____

Postai utalás címe: _____

Kelt: _____

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása

Igénybejelentő(k) / Kedvezményezett adatai haláleseti szolgáltatások esetére:

Név: _____ Születési idő: _____
Cím: _____
Telefonszám, e-mail cím: _____
Kifizetés módja: Banki átutalás Posta
Bankszámlaszám: _____
Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____
Postai utalás címe: _____
Kelt: _____

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása

Név: _____ Születési idő: _____
Cím: _____
Telefonszám, e-mail cím: _____
Kifizetés módja: Banki átutalás Posta
Bankszámlaszám: _____
Euro utalása esetén IBAN kód: _____ SWIFT kód: _____
Postai utalás címe: _____
Kelt: _____

Igénybejelentő aláírása / kiskorú kedvezményezett esetén
a törvényes képviselő aláírása