UNIQA Biztosító Zrt.
Életbiztosítási Igazgatóság
Betegségbiztosítási Osztály
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.
Tel.: +36 1 238-6342 · Fax: +36 1 238-6400

Betegségbiztosítási igénybejelentő

Kötvényszám:	**Módozati kód:**	**Érkeztetés:**

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

Szolgáltatás fajtája:

☐ Kórházi napi térítés saját jogú ☐ gyermek jogán ☐ ; napok száma ☐☐

☐ Műtéti térítés ☐ Gyógyulási támogatás ☐ Kritikus betegség ☐ Csonttörés

☐ Maradandó egészségkárosodás ☐ Szülési támogatás ☐ Második orvosi vélemény

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 károsszeg 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: _____

biztosított vagy kedvezményezett aláírása	szerződő aláírása	bejelentő aláírása