



## Szolgáltatási igénybejelentő

az MVM Next Otthon Gondoskodás  
Csoportos Baleset- és Számlavédelem Biztosításához

Biztosított adatai:			
Név:		Adóazonosító jele:	
Születéskori név:		Azonosító okmány száma: (pl.: szem.ig./vez.eng./útleve)	
Anyja születéskori neve:		Lakcímkártya száma:	
Születési hely és idő:		E-mail címe:	
Telefonszáma:			
Értesítési címe:			

Igénybejelentő adatai (ha eltér a biztosított személyétől):			
Név:		Adóazonosító jele:	
Születéskori név:		Azonosító okmány száma: (pl.: szem.ig./vez.eng./útleve)	
Anyja születéskori neve:		Lakcímkártya száma:	
Születési hely és idő:		E-mail címe:	
Telefonszáma:			
Értesítési címe:			

Szolgáltatási igény megjelölése:		
<input type="checkbox"/> Baleseti csonttörés, csontrepedés	<input type="checkbox"/> Baleseti halál	<input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés
<input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság	<input type="checkbox"/> Keresőképtelenség
<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Baleseti égési sérülés	<input type="checkbox"/> Munkanélküliség

A szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi bankszámlaszámra/postacímre kérem:	
Pénzintézet neve:	
Számlatulajdonos neve:	
Bankszámlaszám:	
Lakcím (lakcím kártyán bejegyzett cím):	

Törvényes örökös(ök) adatai (csak baleseti halál esetén kell kitölteni):	
Jogosult neve:	
Születési hely, idő:	
Anyja születéskori neve:	
Adóazonosító jele:	
Lakcím (lakcím kártyán bejegyzett cím):	
Azonosító okmány száma:	
Számlatulajdonos neve:	
Bankszámlaszám:	
Jogosult neve:	
Születési hely, idő:	
Anyja születéskori neve:	
Adóazonosító jele:	
Lakcím (lakcím kártyán bejegyzett cím):	
Azonosító okmány száma:	
Számlatulajdonos neve:	
Bankszámlaszám:	

Kelt, \_\_\_\_\_ 20 \_\_. \_\_. \_\_\_\_.

Alíráások:			
	Igénybejelentő aláírása	Szolgáltatásra jogosult/szolgáltatásra jogosult törvényes képviselőjének aláírása	Szolgáltatásra jogosult/szolgáltatásra jogosult törvényes képviselőjének aláírása



**Baleseti szolgáltatási igény esetén töltendő ki:**

Baleset időpontja:		Volt-e rendőri intézkedés:	
Az esemény részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült meg):			
A jelenleg sérült testrésze korábban (baleset vagy betegség miatt) sérült volt-e: <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen*			
*Ha igen, kérjük mellékelje az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat!			

**Keresőképtelenség szolgáltatási igény esetén töltendő ki:**

Betegség megnevezése:			
Betegállományba vétel napja:			
Keresőképtelenné válása előtt Ön <input type="checkbox"/> munkavállaló <input type="checkbox"/> vállalkozó vagy <input type="checkbox"/> nyugdíjas volt?			
Milyen okból vált keresőképtelenné?	<input type="checkbox"/> Betegség	<input type="checkbox"/> Baleset	
Amennyiben baleset miatt vált keresőképtelenné:*			
Baleset időpontja:*			
Baleset körülményeinek rövid leírása:*			

\*Amennyiben egyúttal baleseti szolgáltatási igényt is bejelent és az információkat ott már megadta, nem szükséges kitölteni

**Munkanélküliség szolgáltatási igény esetén töltendő ki:**

Mikor regisztrált a Munkaügyi Központban?	
A munkanélküliség előtt Ön <input type="checkbox"/> munkavállaló <input type="checkbox"/> vállalkozó vagy <input type="checkbox"/> nyugdíjas volt?	

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetve a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el!

1. Ezúton kijelentem, hogy a káreseménnyel kapcsolatos információkat, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szervezetet, intézményeket, illetve a nyomozó hatóságot a biztosítóval szemben a titoktartás alól felmentem.
2. Az orvosi titoktartás alól tovább felmentem mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartama alatt kezeltek vagy kezelni fognak.
3. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg a munkáltató) a részemre kifizetett táppénz mértékéről – ha szükséges – írásbeli tájékoztatást adjon.
5. A biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli.

Kelt, \_\_\_\_\_ 20\_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

<b>Aláírások:</b>			
	Igénybejelentő aláírása	Szolgáltatásra jogosult/szolgáltatásra jogosult törvényes képviselőjének aláírása	Szolgáltatásra jogosult/ szolgáltatásra jogosult törvényes képviselőjének aláírása



**A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratok másolatát kérjük:**

**Baleseti halál esetén:**

- jogerős hagyatékátadó végzés vagy öröklési bizonyítvány teljes olvasható másolata
  - törvényes örökösök azonosító okmányainak másolat (személyi ig./útlevél/vezetői eng. és lakcímkártya mindkét oldalának másolata)
  - halotti anyakönyvi kivonat teljes olvasható másolata
  - halottvizsgálati bizonyítvány teljes olvasható másolata
  - boncjegyzőkönyv teljes olvasható másolata
  - munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén)
  - jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén)
  - véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült)
  - balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.)
  - baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata)
  - ha történt hatósági vizsgálat (pl. rendőrség), a hatósági vizsgálat lezárásáról szóló határozat teljes olvasható másolata
  - társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata
- Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.*

**Baleseti rokkantság esetén:**

- a végleges állapotot leíró orvosi szakvélemény másolata
- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.)
- az utánkötéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum másolata (pl. jegyzőkönyv másolata)
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Baleseti műtéti térítés esetén:**

- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képpalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.)
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata)
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Baleseti kórházi napi térítés esetén:**

- balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képpalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.)
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata)
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Baleseti égési sérülés esetén:**

- az égési sérüléssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képpalkotó leletek)
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:**

- a csonttöréssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képpalkotó leletek)
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Baleseti költségterítés esetén:**

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
- baleset igazoló valamennyi dokumentáció, (baleseti jegyzőkönyv, vizsgálati eredmények, közlekedési baleset esetén rendőrségi határozat),
- amennyiben a biztosított jármű vezetőként sérült, hatósági igazolás, a véralkohol vizsgálati eredményéről, hogy érvényes gépjármű vezetői engedéllyel-, és a gépjármű érvényes forgalmi engedéllyel rendelkezett
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított lakcímkártyájának másolata

**Keresőképtelenség esetén:**

- baleset esetén a baleseti jegyzőkönyv, ha ilyen készült,
- az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány hiteles másolata,
- minden olyan dokumentum, igazolás másolata, mely a keresőképtelenség elbírálására, igazolására jogosult orvos vagy kórház állított ki, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapotok megnevezését,
- orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről elnevezésű nyomtatvány másolata

**Munkanélküliség esetén:**

- a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolata
- a munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről,
- a megszűnt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés fénymásolata,
- a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös megegyezés) másolata,
- a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól, mely időpontig regisztrált álláskereső,
- az álláskeresői járadék iránti kérelem másolata, az álláskeresői járadékra való jogosultságot megállapító, vagy elutasító határozat másolata, a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolata