

**Balesetbiztosítási kárbejelentő** csoportos biztosításokhoz

(Kérjük, jelölje a megfelelőt!)

 **TÉB**  **TBBÉ**  **TKSZMB**

Kötvényszám:

**I. A Biztosított adatai**

Név:	
Születési név:	Anyja születési neve:
Születési hely, idő:	
Lakcím:	
Azonosító okmány és szám:	Lakcímkártya száma:
Foglalkozás:	
Biztosított bankjának megnevezése:	
Bankszámlaszám:	
Utolsó munkáltató címe:	
Mióta volt táppénzes betegállományban (év.hónap.nap)?	
Utolsó betegséget kezelő orvos neve:	
Melyik kórházban/gyógyintézetben kezelték utoljára?	
Kórház/gyógyintézet címe:	
Orvosi kezelés ideje (év.hónap.nap):	

**II. Káresemény bejelentése** (Kérjük, jelölje a megfelelőt!) **Baleseti halál esetén a haláleseti kárbejelentőt kérjük használni!**

Baleset helye és időpontja ( dátum, óra, perc):
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű megváltozott munkaképesség (C2, E, D)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű 8 napot meghaladó kórházi ápolás (egyösszegű térítés)
<input type="checkbox"/> Csonttörés, csontrepedés <b>vagy</b> 28 napot meghaladó baleseti eredetű betegállomány (egyösszegű térítés)
Szolgáltatási összeg:
A baleset körülményeinek pontos leírása (amennyiben volt hatósági intézkedés, annak jegyzőkönyvét is mellékelje):
Mely testrészét, milyen sérülés érte:

Vonalkód

A jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőző baleset vagy betegség következtében sérült volt-e? *Ha igen, akkor kérjük, írja le:*Munkabaleset volt? (csak TKSZMB esetén) igen  nem 

Melyik kórházban (gyógyintézetben) kezelték? neve és címe:

Mettől meddig kezelték:

Kezelőorvos neve:

Címe:

Orvosi kezelés ideje (mettől meddig):

Megváltozott munkaképességi határozat száma (a határozatot csatolja):

**III. Milyen minőségben teszi a bejelentést?**

<input type="checkbox"/> Biztosított	<input type="checkbox"/> Egyéb - Jogszultság megnevezése:
Bejelentő neve (ha nem a Biztosított):	
Azonosító okmány és szám:	Lakcímkártya száma:
Lakcím:	

**IV. Takarékszövetkezet adatai**

Név:	Kód:
Cím:	
A kárbejelentőt kitöltő takarékszövetkezeti alkalmazott neve, telefonszáma:	

**Megjegyzések:**

Dátum:

Bejelentő aláírása:
TKSZ alkalmazott aláírása:

TKSZ alkalmazottként igazolom, hogy a fenti adatok valósak és hiánytalanok.

PH