

Igazolás szolgáltatás igénybevételéhez

HITELES VÉDELEM Csoportos Élet-, baleset- és egészségbiztosítás

Kötvényszám:	Csatlakozási nyilatkozat száma:
--------------	---------------------------------

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Név (családi és utónév):	
Születési név (családi és utónév):	
Születési idő, hely:	Anyja neve:
Állandó lakcím:	
Levelezési cím:	
Adóazonosító jel:	

BIZTOSÍTÁSHOZ KAPCSOLÓDÓ ADATOK

Biztosításhoz csatlakozás dátuma:
A biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évforduló:
Biztosítási esemény dátuma:

SZOLGÁLTATÁS TÍPUSA

<input type="checkbox"/> Haláleseti szolgáltatás	<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi térítés (5 napot elérő)
<input type="checkbox"/> Bármely okú egészségkárosodás (D-E kategória)	<input type="checkbox"/> 60 napot meghaladó keresőképtelenség
<input type="checkbox"/> Előrehozott szolgáltatás	<input type="checkbox"/> 60 napot meghaladó munkanélküliség
<input type="checkbox"/> 50%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	

Az alábbi adatokat a Finanszírozó Pénzintézet tölti ki!

A KÖLCSÖNHÖZ/LÍZINGHEZ/LAKÁSTAKARÉKPÉNZTÁRI (LTP) SZERZŐDÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ ADATOK

Finanszírozó Pénzügyi intézmény neve:	
Szerződés azonosító:	Szerződés kezdete:
Folyósított kölcsön összege:	
Biztosítási esemény időpontjában nyilvántartott tőketartozás összege:	
A biztosítási esemény időpontját megelőző utolsó csatlakozási évfordulókor nyilvántartott törlesztőrészlet/megtakarítás havi összege:	
A biztosítási esemény bekövetkezésekor már elmaradt törlesztőrészlet/megtakarítások részletezése:	
Időszak:	Összeg:
Időszak:	Összeg:
Időszak:	Összeg:
Időszak:	Összeg:

Kelt:	Finanszírozó Pénzintézet:
Kelt:	Kitöltő neve, aláírása/cégszerű aláírása: