

## SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

a Semmelweis Egyetem Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. által közvetített Csoportos személybiztosítás szerződéshez

Haláleset, baleseti halál, baleseti maradandó egészségkárosodás, baleseti eredetű műtét, csonttörés, csontrepedés esetére szóló szolgáltatás igénylésére

(Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet).

## A szerződő adatai:

1. Neve: Semmelweis Egyetem  
Címe: 1085 Budapest, Üllői út 26.

## A biztosított adatai:

2. Családi és utóneve: \_\_\_\_\_  
3. Születés kori neve:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
4. Anyja leánykori neve: \_\_\_\_\_  
5. Születési helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
6. Lakcíme (levelezési) címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
7. Állampolgársága:  magyar  egyéb: \_\_\_\_\_  
8. Adóügyi illetékessége:  magyar  egyéb: \_\_\_\_\_  
9. Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély<sup>2</sup>  
10. Az azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló kártya száma: \_\_\_\_\_

## A biztosított

11. Munkahelye/Hallgatói jogviszonya: \_\_\_\_\_  
Foglalkozása/munkaköre: \_\_\_\_\_  
12. Taj-száma: \_\_\_\_\_ Táppénzre jogosult-e?  igen  nem  
13. Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Faxszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
14. Házi orvosának neve: dr. \_\_\_\_\_ és  
rendelője címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
15. Folytat-e hivatásos sporttevékenységet?  igen  nem  
Ha igen, mit? \_\_\_\_\_  
16. Nyugellátásban megváltozott munkaképességűek ellátásában részesül-e?  igen  nem  
Ha igen, milyen ellátásban? \_\_\_\_\_  
Az ellátás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Megjegyzés: <sup>1</sup> Előző név, leánykori név. <sup>2</sup> Kizárólag lakcímkártyával együtt.

## 17. Igazolás a munkaviszony/hallgatói jogviszony fennállásáról

Alulírott, mint erre hivatalosan jogosult ezúton igazolom, hogy fent nevezett biztosított a Semmelweis Egyetemmell munkaviszony vagy hallgatói jogviszonyban áll/állt.

Munkaköre: \_\_\_\_\_

Kategória: \_\_\_\_\_

munkavállaló

Munkaviszony kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Munkaviszony vége: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Megváltozott munkaképesség esetén arra vonatkozó dokumentum igazolása, mellékletként csatolása.

hallgató

Hallgatói jogviszony kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Hallgatói jogviszony vége: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Semmelweis Egyetem  
(aláírás és bélyegző)

**18. Baleset esetén kitöltendő:**

(Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.)!

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap,  
Helye: \_\_\_\_\_  
A baleset leírása: \_\_\_\_\_

A balesetet tömegsport tevékenység során szenvedte-e el?  igen  nem

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a tömegsport rendezvényt! \_\_\_\_\_

Volt-e hivatalos intézkedés?  igen  nem

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat?  igen  nem

(Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni!)

Ha igen, hol történt és ki végezte? \_\_\_\_\_

Amennyiben nem történt alkoholvizsgálat, kérjük a biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy a baleset megtörténte előtt fogyasztott-e alkohol tartalmú italt, ha igen, kérjük, nevezze meg, hogy milyen tartalmú alkoholt és milyen mennyiségben fogyasztott.

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés? nem igen Műtét?  igen  nem

Ha igen, az intézmény neve és címe: \_\_\_\_\_

Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset? nem igen (Legutolsó kontroll leleteit szíveskedjék mellékelni.)!

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészen?  igen  nem

Ha igen, mikor és milyen volt? \_\_\_\_\_

(Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni!)

A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap utolsó napja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**Szolgáltatás teljesítése:** (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.)

a) a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ számú bankszámlára átutalni.

Amennyiben a bankszámla tulajdonosa a szerződőtől eltérő személy, kérjük a bankszámla tulajdonos nevét feltüntetni.

\_\_\_\_\_

b) a(z) \_\_\_\_\_ helység,

\_\_\_\_\_ út/utca, házszám címre megküldeni.

A kifizetendő szolgáltatási összegből \_\_\_\_\_ forint átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő

\_\_\_\_\_ szerződésszámú, \_\_\_\_\_ elnevezésű biztosításra rendszeres/egyszeri díjként, vagy eseti díjként.

Eseti díjat kizárólag Életprogram szerződésre – a mindenkor hatályos szerződési feltételek és Kondíciós lista alapján lehet befizetni.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_ a biztosított neve nyomtatott betűvel

\_\_\_\_\_ a biztosított saját kezű aláírása

19. **Halál esetén** kitöltendő (Halotti anyakönyvi kivonatot, kórházi zárójelentést, munkahelyi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv másolatát, továbbá a balesetet követően a munkáltató által készített további dokumentumok másolatait is kérjük mellékelni.)

A halotti anyakönyvi kivonat száma: \_\_\_\_\_

A halál helye: \_\_\_\_\_, ideje \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

A halál oka:  baleset  betegség  öngyilkosság  emberölés  nem meghatározható

Betegség miatt bekövetkezett halál esetén:

A halált okozó betegség megnevezése: \_\_\_\_\_

Baleset miatt bekövetkezett halál esetén:

A halált okozó baleset részletes leírása: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A balesettel kapcsolatban volt-e rendőri intézkedés?  nem  igen

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? \_\_\_\_\_

Történt-e kedvezményezett jelölés?  nem  igen  nincs információ

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat?  nem  igen

Ha igen, hol történt, és ki végezte? \_\_\_\_\_

A biztosítói kártérítés kifizetését kérem az alábbiak szerint teljesíteni: (csak abban az esetben kérjük kitölteni, ha történt kedvezményezett jelölés, és ez egyetlen személy)

a) a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ számú bankszámlára átutalni, vagy

b) a(z) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ helység,

\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó címre megküldeni.

Az igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Telefon(mobil)szám: \_\_\_\_\_

**Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. tölti ki!**

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző neve nyomtatott betűkkel

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző aláírása

bélyegző

## Tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 6. §-ának (4.) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást e kárbejelentő lapon tett nyilatkozat tartalmazza.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. A Bit. alapján, amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

Az **adatkezelés időtartama**: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával – a kötvények, egyéb ügyfeleknek szóló levelek, iratok nyomtatása vonatkozásában – a biztosítási törvények megfelelő kiszervezési szerződés keretében az ANY Biztonsági Nyomda Nyrt-t (Cg. 01-10-042030, 1102 Budapest, Halom utca 5.) bízta meg. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez  postai vagy banki átutalás esetén  igénybe vett Magyar Posta Zrt. és a biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank adatfeldolgozóként minősül.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére, vagy amikor a külső cég bevonásával a biztosító a szolgáltatását azonos minőségben, ám alacsonyabb költségekkel és kedvezőbb áron nyújthatja. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján **továbbíthatja** harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását az ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbiteni.

Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:

- a) az általa kezelt adatokról, illetve
- b) a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- c) az adatkezelés céljáról,
- d) az adatkezelés jogalapjáról,
- e) az adatkezelés időtartamáról,
- f) az adatfeldolgozó
  - nevééről,
  - címéről (székhelyéről),
  - adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy
  - kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.

Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőséhez (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Vezérgazgatóság, Compliance osztály) kérjük eljuttatni.

A biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint addig kezelhet, ameddig a biztosítási jogviszonnal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

**Ha nem a biztosított a kárigény bejelentője, a kedvezményezett, megbízott, hozzátartozó**

Családi és utóneve: \_\_\_\_\_  
Születéskori neve:\* \_\_\_\_\_  
Lakcíme (levelezési) címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nyilatkozat**

**Szolgáltatási igény: baleseti maradandó egészségkárosodás, csonttörés, csontrepedés, baleseti eredetű műtét**

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataim a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

**Hozzájárulok, hogy a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyet-tem a biztosítónál eljárjon.**

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájáruláso-mat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.

igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) a szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.

igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, vala-mint azokról másolatot kapjon.  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

2. Alulírott biztosított önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszeré-szeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szer-ződésszámú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. betekintszen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon. Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Hó \_\_\_\_\_ Nap

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>4</sup>

**Nyilatkozat**

**Szolgáltatási igény: haláleset, baleseti halál**

**Hozzájárulok, hogy a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyet-tem a biztosítónál eljárjon.**

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataim a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájáruláso-mat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes adataimat kezelje.  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

b) a biztosítási szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, vala-mint azokról másolatot kapjon.  igen<sup>2</sup>  nem<sup>3</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Hó \_\_\_\_\_ Nap

\_\_\_\_\_  
a kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult sajátkezű aláírása<sup>4</sup>

**Megjegyzés:**

<sup>1</sup> Előző név, leánykori név.

<sup>2</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

<sup>3</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

<sup>4</sup> A biztosított, megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

#### Mellékletként csatolt dokumentumok:

##### A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok és személyazonosító iratok:

- a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok másolata (természetes személy esetén pl. személyazonosító igazolvány, útlevél, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, adóazonosító jel)
- meghatalmazott esetén az eredeti meghatalmazás
- adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok
- munkáltatói igazolás, vagy hallgatói jogviszony igazolás
- a közlekedési baleset esetén a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás
- munkahelyi balesettel kapcsolatosan a munkahelyi baleset bekövetkeztét igazoló dokumentumok, illetve a munkáltató arra vonatkozó nyilatkozata, hogy munkahelyi baleset történt-e
- a különös szerződési feltételekben előírt iratok

##### Halálessettel kapcsolatos dokumentumok:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata

##### Hatósági, hivatali okiratok:

- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás
- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett, az eljárást lezáró jogerős határozat
- ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg jogerős öröklési bizonyítvány másolata
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőtében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőtében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat
- ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez

##### Orvosi dokumentumok:

- a háziorvosi törzskarton és kezelőkarton másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
- egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó, valamint a baleset bekövetkezésének időpontját követően készült összes orvosi dokumentum
- keresőkép telenséget igazoló okirat,
- a boncolási jegyzőkönyv másolata
- a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
- kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata
- az ittassági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása; amennyiben ilyen nincs, a biztosított vonatkozó nyilatkozata.
- kábító, illetve egyéb bódulatót keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat, vagy hatósági határozat
- orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT eredmények, leletek)
- az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata (beleértve az első ambuláns lapot is)
- égési sérülés bizonyításához orvosi vagy hatósági igazolás (tűzoltósági határozat)
- a megváltozott munkaképességhez vezető betegséggel kapcsolatos összes orvosi és hatósági dokumentum

Egyedi esetben további dokumentumok bemutatását is kérheti a biztosító.