



Kötvényszám: _____ Kárszám: _____ Módozat neve: UNION-Kompakt
Díjjal fedezve (dátum): _____ Utolsó befizetés dátuma: _____ Biztosítás kezdete: _____

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Országos Vérellátó Szolgálat** Székhely: 1113 Budapest, Karolina út 12-21.

Biztosított / Sérült adatai

Biztosított/Sérült neve: _____ TAJ száma: _____

Születéskori név: _____ Állampolgárság: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Telefonszám: +36 _____ / _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házzszám _____ emelet _____ ajtó

Azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Útleveél Jogosítvány Érvényesség ideje: _____ tól _____ ig

Azonosító okmány száma: _____ Kiállító hatóság: _____

Bankszámlaszáma: _____ - _____ - _____

Bankszámla tulajdonos neve: _____

Biztosítási esemény

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A baleset helye: _____

A baleset részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült): _____

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Kelt: _____, 20 _____ év _____ hó _____ nap

Minden esetben benyújtandó irat

- A bekövetkezett balesettel kapcsolatban készült első orvosi ellátásról szóló dokumentum másolata
- Kórházi zárójelentés másolata