

Szolgáltatási igénybejelentő élet-, baleset-, betegség- és egészségbiztosításhoz¹

Balesetből eredő sérülés, balesetből, illetőleg betegségből eredő fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés, műtét, munkaképtelenség, rokkantság, kritikus betegség, gyógyulási támogatás, nyugdíjazás, valamint gyermekszületés esetén szolgáltatás igénylésére

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

A szerződő adatai:

Szerződésszám: _____
Kárszám: _____

1. Családi és utóneve: _____
2. Születéskori neve:² _____
3. Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

A biztosított adatai:

4. Családi és utóneve: _____
5. Születéskori neve:² _____
6. Anyja leánykori neve: _____
7. Születési helye: _____ Ideje: _____ Év _____ Hó _____ Nap
8. Lakcíme (levelezési címe): _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó
9. Állampolgársága: ☐ magyar ☐ egyéb: _____ 10. Adóügyi illetősége: ☐ magyar ☐ egyéb: _____
11. Az azonosító okmány típusa: ☐ Személyi igazolvány ☐ Személyazonosító igazolvány ☐ Útleve ☐ Kártyás vezetői engedély²
12. Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____

A biztosított

13. Munkahelye (tanulóknál az iskola neve): _____
14. Foglalkozása/munkaköre: _____ Táppénzjogosult-e? ☐ nem ☐ igen
15. Taj-száma: _____
16. Telefonszáma: _____ / _____ Faxszáma: _____ / _____ E-mail címe: _____
17. Házi orvosának neve: dr. _____
rendelője címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó
18. Folytat-e hivatásos sporttevékenységet? ☐ nem ☐ igen Ha igen, mit? _____
19. Nyugellátásban (öregségi nyugdíj), megváltozott munkaképességűek ellátásában részesül-e? ☐ nem ☐ igen
20. Ha igen, milyen ellátásban? _____ Az ellátás kezdete: _____ Év _____ Hó _____ Nap
21. Kiskorú biztosított esetén a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő
Neve: _____
Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó
22. A szerződés ☐ jövedelemigazolás nélkül ☐ jövedelemigazolással jött létre.

23. Fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás esetén kitöltendő: (Zárójelentését, kórházi igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Az ápolás kezdete: _____ Év _____ Hó _____ Nap Az ápolás vége: _____ Év _____ Hó _____ Nap
Az ápolás oka: ☐ baleset ☐ betegség Műtét történt-e? ☐ nem ☐ igen A műtét megnevezése: _____

¹ A rendelkezés faxon és a fenti e-mail címre küldött, e-mailhez csatolt szkennelt dokumentumként is továbbítható. A rendelkezés kizárólag a biztosítónál, a szerződőhöz (ügyfélhez) kapcsolt e-mail címről továbbítható. Felhívjuk a figyelmet az e-mail útján történő adattovábbítás kockázataira, tekintettel arra, hogy az e-mailben vagy annak csatolmányaként történő adatküldés nem minősül biztonságos csatornának. ² Előző név, leánykori név. ³ Kizárólag lakcímkártyával együtt.

24. Baleset esetén kitöltendő: (Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.)

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

A baleset leírása: _____

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

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a tömegsport rendezvényt! _____

Volt-e hivatalos intézkedés? ☐ nem ☐ igen Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? _____

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat? ☐ nem ☐ igen (Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, hol történt és ki végezte? _____

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? _____

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

Ha igen, az intézmény neve: _____

címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám

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

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészén? ☐ nem ☐ igen (Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, mikor és milyen volt? _____

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

25. Betegség esetén kitöltendő: (Orvosi leleteit szíveskedjék mellékelni.)

A betegség pontos megnevezése: _____ BNO kód: _____

Volt-e már azelőtt is ilyen jellegű betegsége? ☐ nem ☐ igen Ha igen, mi és mikor? _____

26. Napi térítés esetén kitöltendő: (Az orvos tölti ki.)

Orvosi igazolás

A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ év _____ hó _____ nap	_____
Az igazolás kelte: _____ év _____ hó _____ nap		Az orvos bélyegzője és aláírása: _____	
A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ év _____ hó _____ nap	_____
Az igazolás kelte: _____ év _____ hó _____ nap		Az orvos bélyegzője és aláírása: _____	
A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ év _____ hó _____ nap	_____
Az igazolás kelte: _____ év _____ hó _____ nap		Az orvos bélyegzője és aláírása: _____	

27. Nyugdíj-biztosítási szolgáltatáshoz: (A nyugdíj-megállapító határozatot szíveskedjék mellékelni.)

A nyugdíj jogcíme: ☐ öregségi ☐ szolgálati ☐ kivételes ellátás A nyugdíjfolyósítás kezdő napja: _____ év _____ hó _____ nap

A nyugdíj-megállapító határozat kibocsátója: _____

Száma: _____ Kelte: _____ év _____ hó _____ nap

28. Gyermekszületési szolgáltatáshoz: (A születési anyakönyvi kivonatot és a tagsági könyvet szíveskedjék mellékelni.)

A gyermek neve: _____
A gyermek születésének helye: _____ Ideje: _____ Év _____ Hó _____ Nap _____
A gyermek születési anyakönyvi kivonatának kibocsátója: _____
Folyószáma: _____

29. Rokkantsági és rokkantsági díjmentesítési szolgáltatáshoz:

A rokkantsági csoport foka: ☐ „D” kategóriás rokkantsági ellátás ☐ „E” kategóriás rokkantsági ellátás ☐ rehabilitációs ellátásra való jogosultság
☐ baleseti rokkantság
☐ „D” és „E” kategóriás rokkantsági ellátás vagy rehabilitációs ellátásra való jogosultság (Prémium életbiztosítás és Csoportos személybiztosítás) esetén: a rehabilitációs hatóság(ok) döntését tartalmazó irato(ka)t mellékelem.

30. Sportbaleset-biztosítás esetén kell kitölteni! (A baleseti jegyzőkönyvet és az orvosi leleteket szíveskedjék mellékelni.) !

A sportegyesület neve: _____
Székhelye: _____ Jhelység, _____ Jút/utca, házszám _____
A baleset ☐ edzés vagy ☐ mérkőzés közben történt? Ha mérkőzés közben: ☐ barátságos ☐ bajnoki ☐ kupa ☐ válogatott ☐ nemzetközi
Sportbaleset esetén a sportkörnek (egyesületnek) a fent jelölt balesetet igazoló aláírása és bélyegzője:

az aláírás és a bélyegző helye

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

Kérem a szolgáltatási összeget

- a) ☐ A szerződésemen nyilvántartott kifizetési számlaszámra átutalni. (A nyilatkozat ebben az esetben faxon és e-mailben is továbbítható)
b) ☐ a(z) _____ - _____ - _____ számú bankszámlára átutalni. (Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

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

vagy

- c) ☐ a(z) _____ Jhelység, _____ Jút/utca, házszám, emelet, ajtó címre megküldeni.
(Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

A kifizetendő szolgáltatási összegből _____ Ft átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő _____ szerződésszámú, _____ Jelnevezésű biztosításra ☐ rendszeres/egyszeri díjként, vagy ☐ eseti díjként. (Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

Eseti díjat kizárólag Életprogram szerződésre - a mindenkor hatályos szerződési feltételek és Kondíciós lista alapján -, illetve Hungária Alap szerződésre lehet befizetni.

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

Kelt: _____, _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap _____

a biztosított neve nyomtatott betűvel

a biztosított saját kezű aláírása¹

A biztosító tölti ki!

Csak abban az esetben kell kitölteni, ha a szolgáltatási összeg kifizetése nem a szerződésen nyilvántartott kifizetési számlaszámra történik

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

Kelt: _____, _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap _____

az adategyeztetést végző neve
nyomtatott betűvel

az adategyeztetést végző aláírása

Bélyegző

¹ Kiskorú biztosított esetén szülő, illetve törvényes képviselő; vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő aláírása.

Tájékoztató

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 keretében 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. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyeknek, 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 jogviszonnyal 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 adatfeldolgozóinak 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 adat-továbbítás 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 helyesbíteni. 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, Kónyos 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 jogviszonnyal 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.

Nyilatkozat

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

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

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

☐ igen¹ ☐ nem²

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

☐ igen¹ ☐ nem²

c) a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészégi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

☐ igen¹ ☐ nem²

2. Alulírott biztosított (kiskorú esetén a szülő, gyám) önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos

Kelt: _____, _____ Jév _____ hó _____ nap

Szerződésszám: _____

Szolgáltatási igény: **betegség, baleset, nyugdíj**

Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződés-számú 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 olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvánított, 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:

a biztosított saját kezű aláírása³

¹ Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjek kitölteni. ² Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. ³ A biztosított (kiskorú sérülése esetén szülő, illetve törvényes képviselő; vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő aláírása.), megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

Előzményvizsgálat egészségbiztosításnál

Az első biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított háziorvosa tölti ki.)

Kérjük annak szíves közlését, hogy a biztosítottat, akinek

Neve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

az egészségbiztosításra vonatkozó kockázatvállalást _____ év _____ hó _____ nap megelőző 5 évben mikor és milyen betegségekkel kezelte, és a biztosított keresőképtelen volt-e a kezelés ideje alatt?

A betegség ideje	Keresőképtelen		Diagnózisa (BNO kóddal is)
	igen ¹	nem ¹	
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____
_____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig	☐	☐	_____

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

az orvos bélyegzője és aláírása

¹ A megfelelő rovatához tegyen × jelet

Orvosi bizonyítvány

Lehetőleg a sérülést első ízben ellátó orvos (gyógyintézet) töltse ki.

Az sérült családi és utóneve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Az orvos családi és utóneve: _____

Rendelőjének címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám

Sorszám	Kérdések	Feleletek (magyar szakkifejezésekkel, olvashatóan töltendő ki)
1.	Miben áll a vizsgálatkori lelet? (pontos, mindenre kiterjedő leírást kérünk, a baleset már meglévő következményeiről is):	
2.	Az esetleges röntgenlelet szó szerinti szövege:	
3.	A sérülés baleseti eredete a vizsgálat alapján kétségtelenül megállapítható-e?	
4.	A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt?	
5.	A sérült a baleset előtt szenvedett-e olyan szellemi vagy testi fogyatkozásban, amely: a) hozzájárult a baleset előidézéséhez? b) súlyosbítja a baleset által előidézett egészségromlást? Ha igen, szíveskedjék részletes leírást adni!	
6.	Melyek a balesetnek: a) a már meglévő következményei? b) a valószínűleg várható következményei? c) várható gyógytartama?	
7.	Az esetleges kórházi (gyógyintézeti) ápolás helye és ideje:	Gyógyintézet neve: _____ címe: _____ _____ _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ nappig
8.	A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: utolsó napja:	_____ év _____ hó _____ nap _____ év _____ hó _____ nap
9.	Ha nem jogosult táppénzre, a folyamatos munkaképtelenség első napja: utolsó napja:	_____ év _____ hó _____ nap _____ év _____ hó _____ nap
10.	Mióta kezeli Ön a sérültet?	_____ év _____ hó _____ nap
11.	Miben áll a kezelés?	
12.	Ittas volt-e a sérült a baleset időpontjában? ☐ nem ☐ igen Történt-e véralkohol-vizsgálat? ☐ nem ☐ igen Ha igen, mi az eredménye?	
13.	Vannak-e még erre a balesetre vagy a gyógyfolyamatra vonatkozó észrevételei?	
14.	Baleset okozta halálnál annak oka, neme és időpontja:	_____ év _____ hó _____ nap

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

P.H. _____ a kezelőorvos saját kezű aláírása