

**Kárbejelentő** (élet- baleset- és betegségbiztosítási károk bejelentésére)**Tisztelt Ügyfelünk!**

Szeretnénk, ha kárigényét ígéretünkhöz híven gyorsan, korrekt módon rendezhetnénk. Ezért arra kérjük, hogy a kárbejelentőt gondosan olvassa el, értelemszerűen töltsé ki, és a biztosítási feltételekben felsorolt iratokat mellékelje a kárbejelentőhöz. Köszönjük, hogy nehéz helyzetében is segítségünkre volt. Társaságunk igyekszik segítségét gyors, tisztességes kárrendezéssel viszonzni.



Köszönettel, Magyar Posta Életbiztosító Rt.

Melléletek száma:  

KÁRSZÁM:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**A szerződő adatai:**

Név:
Irányítószám:   Helység: 
Utca, házszám, em., ajtó:
Telefonszáma:

**Milyen biztosítása van?**

Kérjük a megfelelőt megjelölni, ha nem szerepel a nyomtatványon, akkor nyomtatott betűkkel az utolsó kocka megjelölésével béjni.

- élet
- baleseti halál
- baleseti rokkantság
- baleseti eredetű munkaképtelenség
- egyösszegű baleseti kórházi napi térítés
- baleseti műtéti térítés
- 
- 

**A káresemény**

A káresemény bekövetkezésének pontos helye és a káresemény körülményeinek pontos leírása, a szolgáltatási igény meghatározása:

**A biztosított adatai:**

Név:
Irányítószám:   Helység: 
Utca, házszám, em., ajtó:
Telefonszáma:
Születési ideje:   Születési helye: 
Foglalkozása:

A káresemény pontos időpontja:  
| | | | | | | | | |A káresemény bejelentésének időpontja:  
| | | | | | | | | |**Történt-e rendőri intézkedés?** Nem  Igen

Illetékes rendőri szerv:

**Történt-e alkoholvizsgálat?** Nem  Igen

A vizsgálat eredménye:

**A biztosított a bejelentett káresemény kapcsán ambuláns, vagy kórházi kezelésben részesült-e?** Nem  Igen

A kezelőorvos neve:

Az egészségügyi intézmény pontos címe:

A kezelés időpontja és tartama:  
| | | | | | | | - | | | | | | | |**Haláleseti kedvezményezettek adatai /1**

Név:
Anyja neve:
Születési ideje:   Címe: 
Kedvezményezettség aránya:         %
Bankszámla száma:                 -                 -

**Haláleseti kedvezményezettek adatai /2**

Név:
Anyja neve:
Születési ideje:   Címe: 
Kedvezményezettség aránya:         %
Bankszámla száma:                 -                 -

**Egyéb balesetbiztosítási kedvezményezettek adatai /1**

Név:
Anyja neve:
Születési ideje:   Címe: 
Kedvezményezettség aránya:         %
Bankszámla száma:                 -                 -

**Egyéb balesetbiztosítási kedvezményezettek adatai /2**

Név:
Anyja neve:
Születési ideje:   Címe: 
Kedvezményezettség aránya:         %
Bankszámla száma:                 -                 -

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

A biztosított / igénybejelentő aláírása:

Személyi igazolvány száma:

Dátum:

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |