Ajánlat/kötvény száma:

Kárbejelentő *(baleset- és betegségbiztosítási károk bejelentésére)*

KÁRSZÁM:

Tisztelt Ügyfelünk!

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

Magyar Posta Biztosító

Köszönettel, Magyar Posta Biztosító Rt.

Mellékletek száma:

A szerződő adatai:

Név:

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám, em., ajtó:

Telefonszáma:

A biztosított adatai:

Név:

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám, em., ajtó:

Telefonszáma:

Születési ideje: Születési helye:

Foglalkozása:

Milyen biztosítása van?

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

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

A káresemény pontos időpontja:

A káresemény bejelentésének időpontja:

A káresemény

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

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 és neve:

A kezelés időpontja és tartama: —

Baleseti halál kedvezményezettek adatai /1

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:

Baleseti halál kedvezményezettek adatai /2

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:

Nyomtatvány száma: K 10001 20 0211