

KÁRBEJELENTŐ ÉLET-, BALESET- ÉS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSEKRE

Kézi kitöltés esetén, kérjük nyomtatott nagybetűkkel töltsse ki a nyomtatványt, írja alá és juttassa el hozzánk!

Ajánlat-/szerződészsám: Kárszám:

Kárügyének gyors és hatékony rendezése érdekében kérjük, hogy a biztosítási szerződése alapján, azzal összhangban, pontosan és olvashatóan töltsse ki a Kárbejelentő nyomtatványt, és mellékelje a szerződési feltételekben felsorolt kárrendezéshez szükséges iratokat!

Szerződő adatai

Név:
Irányítószám: Helység:
Utca, házszám, em., ajtó:
Telefonszám, e-mail cím:

Biztosított adatai

Név:
Születési név:
Irányítószám: Helység:
Utca, házszám, em., ajtó:
Telefonszám, e-mail cím:
Születési hely: Születési idő (év, hó, nap):
Foglalkozás:

Milyen kárigényt jelent be?

Kérjük a megfelelő(ke)t megjelölni, ha nem szerepel a nyomtatványon, akkor az "egyéb" négyzet megjelölésével beírni!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> csonttörés | <input type="checkbox"/> baleseti eredetű rokkantság | <input type="checkbox"/> baleseti halál, közlekedési baleseti eredetű halál |
| <input type="checkbox"/> baleseti kórházi napi térítés | <input type="checkbox"/> baleseti műtéti térítés | <input type="checkbox"/> betegségi műtéti térítés |
| <input type="checkbox"/> díjátvállalás munkanélküliség esetén | <input type="checkbox"/> haláleseti | <input type="checkbox"/> házastárs/társbiztosított halála |
| <input type="checkbox"/> kiemelt kockázatú / kritikus betegség | <input type="checkbox"/> rákos megbetegedés | <input type="checkbox"/> baleseti plasztikai műtét |
| <input type="checkbox"/> baleseti égés | <input type="checkbox"/> egyéb: <input type="text"/> | |

A káresemény

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

A káresemény pontos időpontja: Év: Hónap: Nap: Óra: Perc:

Történt rendőri intézkedés?

Igen válasz esetén kérjük, csatolja az erre vonatkozó dokumentumo(ka)t!

Nem Igen Illetékes rendőri szerv:

Történt alkoholvizsgálat?

Igen válasz esetén kérjük, csatolja az erre vonatkozó dokumentumo(ka)t!

Nem Igen A vizsgálat eredménye:

A Biztosított a bejelentett káresemény kapcsán ambuláns vagy kórházi kezelésben részesült-e?

Nem Igen A kezelő orvos neve:

Az egészségügyi intézmény pontos címe:

A kezelés ideje:

Igénybejelentő/Haláleseti Kedvezményezett/Örökös adatai

Név:

Anyja születési neve:

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám, em., ajtó:

Telefonszám: E-mail cím:

Kérjük, jelölje meg a kifizetés módját!

Bankszámlaszámomra kérem átutalni:*

A fenti lakcímemre kérem utalni

Más címre kérem utalni:

*A megjelölt bankszámlaszámra akkor tudunk szolgáltatást teljesíteni, ha saját tulajdonú számla vagy ha rendelkezési joggal rendelkezik a szolgáltatásra jogosult személy.

Személyazonosság igazolására alkalmas hatósági ig. megnevezése és száma:

Személyazonosság igazolására alkalmas hatósági ig. érvényessége:

Ezúton nyilatkozom, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek, a megadott bankszámlaszámon tulajdonosként vagy rendelkezőként vagyok megjelölve.

A biztosító adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatóját itt érheti el: <https://www.postabiztosito.hu/Adatkezeles.aspx>

Kézi kitöltés esetén szükséges aláírni, amennyiben nincs elektronikusan hitelesítve.

Dátum:

Aláírás: