Magyar Posta Életbiztosító Zrt.
1535 Budapest, Pf. 952 (1022 Budapest, Bég u. 3-5.) • Fax: 06 1 423 4298
Ügyfélszolgálat: 06 1 200 4800 (H 8.00-20.00, K-P 8.00-18.00) • www.postabiztosito.hu

Posta Biztosító

Kárbejelentő élet-, baleset- és betegségbiztosítási szerződésekre

Az eredeti példány a biztosítónál marad, a másolatot az Ügyfél kapja meg.

Mellékletek száma ☐☐

Ajánlat-/szerződésszám:

KÁRSZÁM:

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

Szerződő adatai

Név:

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám, em., ajtó:

Telefonszám:

Biztosított adatai

Név:

Születési név:

Irányítószám: Helység:

Utca, házszám, em., ajtó:

Telefonszám:

Születés idő:

Születés hely:

Foglalkozás:

Milyen kárigényt jelent be?

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

- ☐ csonttörés
- ☐ baleseti eredetű rokkantság
- ☐ baleseti halál, közlekedési baleseti eredetű halál
- ☐ baleseti kórházi napi térítés
- ☐ baleseti műtéti térítés
- ☐ díjátvállalás munkanélküliség esetén
- ☐ haláleseti
- ☐ házastárs/társbiztosított halála
- ☐ kiemelt kockázatú betegség
- ☐ rákos megbetegedés
- ☐ egyéb: .....

.....

.....

.....

A káresemény

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

A káresemény pontos időpontja:

Év: Hó: Nap: Óra: Perc:

A káresemény bejelentésének dátuma:

Év: Hó: Nap:

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:

Igénybejelentő/Haláleseti Kedvezményezett/Örökös adatai

Név:

Anyja születési neve:

Cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

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:

— —

Kérjük, jelölje meg a kifizetés módját!

☐ Bankszámlaszámomra kérem átutalni:

☐ A fenti lakcímemre kérem utalni

☐ Más címre kérem utalni:

.....

.....

Aláírásommal hitelesítem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Kelt: ..... 20.....év .....hó .....nap

Személyazonosság igazolására alkalmas hatósági ig. megnevezése és száma:

.....

.....

Biztosított/Igénybejelentő aláírása

Posta munkatársának aláírása

MPB vonalkód helye

Nyomtatványszám: K 200000 02 1807