



# Káresemény bejelentése

balesetbiztosítás körébe tartozó maradandó egészségkárosodás esetén

<b>A biztosítás adatai</b>		<b>Biztosítási szerződés száma:</b>	
A biztosítás érvényességének kezdete:		vége:	
Vezetéknév:		Utónév:	
Cím (titulus):	Születési idő:	Személyi szám:	/
Állandó lakóhely címe Magyarországon (ha nem ezen a címen lakik, adja meg a levelezési címét):			
Postai irányítószám:			
Telefon:		E-mail:	

## Kérelmezőadatai (abban az esetben töltsse ki, ha a biztosított nem azonos a kérelmezővel)

Vezetéknév:	Utónév:	Cím (titulus):
Személyi szám:	/	Kapcsolata a biztosítottal:
Állandó lakóhely címe Magyarországon (ha nem ezen a címen lakik, adja meg a levelezési címét):		
Postai irányítószám:		
Telefon:		E-mail:

## A káresemény adatai (ha nincs elég hely a szükséges adatok számára, adja meg azokat külön mellékletben)

Káresemény időpontja:	Helyszín:	Ország:
Bejelentette a káreseményt az assistance szolgáltatóknak?	Igen	Nem
A káresemény alkohol vagy más, függőséget okozó anyag hatása alatt következett be?	Igen	Nem
A káreseményt vizsgálta a rendőrség? Ha igen, csatolja a rendőrségi jelentést.	Igen	Nem
Más hibájából keletkezett a kár? Ha igen, kérjük, adjon részletes információkat.	Igen	Nem
Közlekedési baleset következtében keletkezett a kár? Ha igen, kérjük, adja meg az eljárási számot:	Igen	Nem

## Balesetbiztosítás

Az egészségügyi intézmény neve és címe, ahol az első kezelést kapta, illetve a további gyógykezelése folyt:	Kezdete:	Vége:
---	----------	-------

Sorolja fel valamennyi egészségügyi intézmény adatait külföldön és Magyarországon, ahol a balesettel kapcsolatban ellátásban, gyógykezelésben vagy kórházi ápolásban részesült (vagy még mindig részesül).

Az egészségügyi intézmény neve és címe:	Kezdete:	Vége:
Az orvos neve:	Szakterülete:	
Az egészségügyi intézmény neve és címe:	Kezdete:	Vége:
Az orvos neve:	Szakterülete:	

A választási lehetőséget kínáló mezők esetében a megfelelő változatot jelölje meg kereszttel, a nem kívánt rész törölendő.

Ki és hol talált tartós következményeket?

Az orvos neve:	Szakterülete:
Az egészségügyi intézmény neve és címe:	

A baleset következtében milyen sérüléseket szenvedett?		
Teste mely része sérült?		
A baleset maradandó következményei miben nyilvánulnak meg?		
A sérülésnek voltak látható jelei (sebek, zúzódások, stb.)? Ha igen, írja le.	Igen	Nem
A végtagok és páros szervek esetében jelölje meg az oldalt:	Jobb	Bal
Domináns felső végtag:	Jobb	Bal
A test sérült része már a baleset előtt is sérült volt?	Igen	Nem
Szenvedett már korábban hasonló balesetet? Ha igen, írja le.	Igen	Nem
Betegségek a baleset előtt és kapcsolatuk az baleseti károsodással:		

Halállal végződő balesetnél kérjük mellékelni a halotti bizonyítvány egy példányát és az eredeti orvosi jelentést a halál okának megjelölésével.

## Kiegészítő megjegyzések

--

## Adatok a biztosítási szolgáltatás folyósításához

A biztosítási szolgáltatás folyósítása:

A biztosított e banknál vezetett forint alapú számlájára:		
Számlaszám:	Bank kódja:	Spec. szimbólum:

## Nyilatkozat

Kijelentem, hogy minden kérdésre válaszoltam/hitelesen és kimerítően, hogy a jelentett balesethez vagy betegséghez kitöltöttem/és csak ezt a káresemény bejelentőt töltöttem ki, és hogy tisztában vagyok/a helytelen, elferdített vagy hiányos válaszok azon következményeivel, amelyek hatással vannak a biztosító teljesítési köteletségére.

Egyetértek azzal, hogy a biztosító kikérje a biztosított egészségi állapotára és kezelésének lefolyására vonatkozó teljes dokumentációt a káresemény kivizsgálása érdekében, és felmentem az orvost titoktartási fogadalma alól. Továbbá meghatalmazom az orvost, az orvosi ellátást biztosító egészségügyi intézményt orvosi jelentések készítésére, az orvosi dokumentációból kivonat készítésére, vagy annak kölcsönzésére.

Azzal is egyetértek, hogy a biztosító a káresemény vizsgálatának céljára kikérje a rendőrségtől, a közigazgatási szervektől és más biztosítóktól a szükséges dokumentumokat.

Az általam mellékelte mellékletek lapjainak száma: .....

Kelt	Napján
A biztosított vagy meghatalmazott képviselőjének aláírása	

A kitöltött jelentést, kérjük, küldje el az AXA ASSISTANCE, President Centre, Kálmán Imre u. 1, 1054 Budapest, Magyarország, címére vagy e-mailben a [claims@axa-assistance.hu](mailto:claims@axa-assistance.hu) címre.