



# Káresemény bejelentése

orvosi kezelés költségeinek biztosítása, poggyászbiztosítás és külföldi utazás során okozott kárra vonatkozó felelősségbiztosítás körébe tartozó káresemény esetén

Az alábbi biztosításból igényel biztosítási szolgáltatást:

orvosi kezelés költségei

poggyász

felelősség

## A biztosítás adatai

Biztosítási szerződés száma:

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:	

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

Káresemény időpontja:	Város:	Ország:	
Rendelkezik-e ugyanerre a kockázatra egy másik biztosítási szerződéssel? (pl. hitelkártyából eredően)?	Igen	Nem	
Bejelentette a káreseményt az assistance szolgáltatónak?	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 ügyireti számot:	Igen	Nem	

## Orvosi kezelés költségeinek biztosítása

Milyen betegségről vagy balesetről van szó, jelölje meg a diagnózist (ha ismeri):		
Írja le részletesen, hogy milyen körülmények között következett be a hirtelen megbetegedés vagy baleset:		
A biztosítás kezdete előtt szenvedett ebben a betegségben?	Igen	Nem
Orvosának neve, címe és telefonszáma Magyarországon:		
A megfelelő szakorvos neve, címe és telefonszáma Magyarországon (kardiológus, ortopéd orvos, belgyógyász, nőgyógyász, stb.):		

## A keletkezett kár összegét a dokumentumok eredeti példányával támasztom alá

Az alábbiakban, kérjük, jelölje meg azt az összeget, amelynek kifizetését igényeli	A biztosítottnak	Az orvosnak, kórháznak, szállítónak
Járóbeteg ellátás		
Kórházi ápolás		
Gyógyszerek		
Közlekedés		
Egyéb		
<b>ÖSSZESEN</b>		

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

## Poggyászbiztosítás

Milyen típusú a kár:	rongálás	megsemmisülés	elidegenítés
Írja le részletesen, hogy milyen körülmények között következett be a kár, és adja meg a megrongált, megsemmisült, ill. elidegenített tárgyak jegyzékét, beszerzésük időpontját és beszerzési árakat:			

## Felelősségbiztosítás az okozott kárért

Információk a károsult személyről:

Vezetéknév:		Utónév:
Cím (titulus):	Születési idő / jogi személyek esetében a statisztikai számjel	Jogi személyek esetében a társaság neve:
Állandó lakóhely címe / A társaság székhelye:		
Postai irányítószám:		
Telefon:	E-mail:	

Milyen típusú a kár:	egészségkárosodás	vagyoni kár
Írja le részletesen, hogy milyen körülmények között következett be a kár:		
Rokoni kapcsolatban áll a károsulttal?	Igen	Nem
Közös háztartásban él a károsulttal?	Igen	Nem

## 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, SOS Hungary együttműködésével, Szentendrei út 303., 1039 Budapest, Magyarország, címére vagy e-mailben a [claims@axa-assistance.hu](mailto:claims@axa-assistance.hu) címre.