



Káresemény bejelentése

útlemondási biztosítás, fel nem használt (megszakított) szabadság biztosítása, járatkésés és járat törles biztosítás körébe tartozó káresemény esetén

Az alábbi biztosításból igényel biztosítási szolgáltatást:

útlemondási biztosítás

fel nem használt (megszakított) szabadság

járatkésés és járat törles

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 (út lemondása/megszakítása, járatkésés):		
Az ország, ahol a káresemény bekövetkezett:		
Azon személy vezetéknéve és utóneve, aki miatt az utazás lemondása megtörtént (töltse ki, ha nem azonos a Biztosítottal); kapcsolata a Biztosítottal:		
Kérjük, írja le az utazás lemondásának okát:		
Ön egyúttal biztosított ugyanerre a kockázatra egy másik biztosítási szerződéssel (pl. hitelkártyából eredően)? Ha igen, jelölje meg:	Igen	Nem
Bejelentette a káreseményt az assistance szolgáltatónak?	Igen	Nem
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.):		

Útlemondási biztosítás

Utazás típusa:	egyéni	utazási irodával
Utazás célja:		
Tartózkodás célországa:	Közlekedés:	
Indulás időpontja:	Visszaút időpontja:	
Az utazásért (utazási és szállásköltségek) kifizetett összeg:	Dátum:	
A már kifizetett szolgáltatásokért visszatérített összeg:	Nem visszatérítendő összeg:	

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

Utazási iroda megerősítése

Az utazási iroda neve:	Statisztikai számjele:
Címe:	Telefon:
Az utazás száma, amelyre vonatkozóan a részvétel lemondása történt:	Az utazás időpontja:
Az útlemondás bejelentésének időpontja:	
A lemondási díjak számlázásának időpontja:	Összege:
Együtt utazó személyek (vezetéknév, utónév, személyi szám):	
Kelt	Napján
Az utazási iroda bélyegzője és képviselőjének aláírása:	

Fel nem használt (megszakított) szabadság biztosítása

Tartózkodás célországa:	Indulás időpontja:	Visszaút időpontja:
A kezelés/kórházi ellátás dátuma:		

Járatkésés és járatlemondás biztosítás

Légitársaság:	Járat időpontja:	Járat száma:
Tervezett indulás időpontja:	A tényleges indulás időpontja:	

A keletkezett kár összegét e dokumentumok eredeti példányával támasztom alá

utazási szerződés	a kirándulás, utazás, szállás, stb. kifizetésének bizonylata
orvosi dokumentáció	stornofaktúra
fel nem használt úti okmányok	bizonylatok a visszatérített összegről
repülőjegy	a légitársaság igazolása a járatkésésről
élelemre és üdítőre kiadott összeg	egyéb dokumentum:

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 címre.