

# 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 a Magyarországon (ha nem ezen a címen lakik, adja meg a levelezési címét): Postai irányítószám:			
Telefon:		E-mail:	

<b>KÉRELMEZŐADATAI</b>			(abban az esetben töltsse ki, ha a biztosított nem azonos a kérelmezővel)
Vezetéknév:	Utónév:	Cím (titulus):	
Személyi szám: /	Kapcsolata a biztosítottal:		
Állandó lakóhely címe a Magyar Köztársaságban (ha nem ezen a címen lakik, adja meg a levelezési címét): Postai irányítószám:			
Telefon:	E-mail:		

<b>A KÁRESEMÉNY ADATAI</b>			(ha nincs elég hely a szükséges adatok számára, adja meg azokat külön mellékletben)
Káresemény időpontja:	Helyszín:	Ország:	
Bejelentette a káreseményt az assistance szolgáltatóknak?		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
A káresemény alkohol vagy más, függőséget okozó anyag hatása alatt következett be?		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
A káreseményt vizsgálta a rendőrség? Ha igen, csatolja a rendőrségi jelentést.		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Más hibájából keletkezett a kár? Ha igen, kérjük, adjon részletes információkat.		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Közlekedési baleset következtében keletkezett a kár? Ha igen, kérjük, adja meg az eljárási számot:		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem

<b>BALESETBIZTOSÍTÁS</b>		
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 a Magyar Köztársaságban, 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:	

Kto a kde zistil trvalé následky

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

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

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.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
A végtagok és páros szervek esetében jelölje meg az oldalt:	<input type="checkbox"/> Jobb	<input type="checkbox"/> Bal
Domináns felső végtag:	<input type="checkbox"/> Jobb	<input type="checkbox"/> Bal
A test sérült része már a baleset előtt is sérült volt?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Szenvedett már korábban hasonló balesetet? Ha igen, írja le.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> 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:

Postai utalvánnyal a következő címre:		Postai irányítószám:
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 fogadalmá 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	