

KÁRESEMÉNY BEJELENTÉSE

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

Az alábbi biztosításból igényel biztosítási szolgáltatást:

útlemondási biztosítás fel nem használt (megszakított) szabadság járatkésés és járatörülés

A BIZTOSÍTÁS ADATAI		BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS SZÁMA:
A biztosítás érvényességének kezdete:		Vége:
Vezetéknév:		Utónév:
Cím (titulus):	Születési idő:	Személyi szám: /
Állandó lakóhely címe Magyarország (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 Biztosítóval); kapcsolata a Biztosítóval:
Kérjük, írja le az utazás lemondásának okát:
Ön egyúttal biztosított ugyanerre a kockázatra egy másik biztosítási szerződéssel (pl. hitelkártyából eredően)? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem Ha igen, jelölje meg:
Bejelentette a káreseményt az assistance szolgáltatónak? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
A biztosítás kezdete előtt szenvedett ebben a betegségben? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> egyéni	<input type="checkbox"/> 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 törlendő.

Az utazási iroda neve:		Statistikai 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 É DOKUMENTUMOK EREDETI PÉLDÁNYÁVAL TÁMASZTOM ALÁ

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

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 egészségügyi 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, EMKE Building, Rákóczi út 42, 1072 Budapest, Magyarország