

POGGYÁSZBIZTOSÍTÁS

Milyen típusú a kár:	<input type="checkbox"/> rongálás	<input type="checkbox"/> megsemmisülés	<input type="checkbox"/> 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 árukat			

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:	<input type="checkbox"/> egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> vagyoni kár	
Írja le részletesen, hogy milyen körülmények között következett be a kár:			
Rokoni kapcsolatban áll a károsulttal?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	
Közös háztartásban él a károsulttal?	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem	

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 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