

Kárbejelentő nyomtatvány AON Flotta csoportos Közlekedési Baleset és Poggyászbiztosítás Poggyászkár

Poggyász kárbejelentő nyomtatvány

Tel: 06 1 465-3663

Fax: 06 1 458 4445

E-mail: operatoion@europ-assistance.hu

Postázási cím: **Europ Assistance Kft. 1399 Budapest, Pf. 694/324**

Biztosítási kötvény száma: _____

Biztosított Cég adatai

Cég neve : _____

Cégjegyzékszám: _____

Cég címe: _____

Biztosított autó adatai

Rendszám: _____ Típus: _____

A Biztosított gépjárműt vezető személy adatai

Neve : _____

Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____

Az Igénybejelentő személy adatai

Neve : _____

Állandó lakcíme: _____

E-mail cím: _____

Mobiltelefonszám: _____

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem:

(Kérjük, a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

- Biztosítási kötvény másolata
- Kitöltött Kárbejelentő nyomtatvány
- Biztosított Gépjármű forgalmi engedélye
- Eredeti számlák az ellopott poggyásról
- Eredeti rendőrségi jegyzőkönyv a lopásról, (tartalmazza az esemény helyét, idejét, leírását, az eltulajdonított, elrabolt tárgyak részletes felsorolását és értékét)
- Egyéb: _____

Amennyiben a kárigény benyújtásakor vagy azt követően a Biztosított nem tesz eleget a fenti dokumentumok benyújtására vonatkozó kötelezettségének, a Biztosító mentesül a kárfizetés alól.

A káresemény kapcsán más biztosító, cég felé nyújtott-e be kárigényt? Igen Nem

Másik biztosító, cég neve:

Lezárta-e a másik biztosító, cég a benyújtott kárt?

Történt-e kárfizetés, milyen összegben?

Káresemény rövid leírása

A káresemény pontos helye, ideje:

A káresemény részletes leírása:

Eltulajdonított vagy károsult tárgy leírása, jellemzői

Munkatársunk tölti ki

Eltulajdonított vagy károsult tárgy leírása	Vásárlás éve	Mennyiség	Beszerezési ár (Ft)	Avulás %	Kártérítés (Ft)
Kárigény összesen					

Kifizetésre vonatkozó adatok

Felhívjuk figyelmét, hogy a kifizetés indításától várhatóan a banki utalás esetén 2, a postai kézbesítés esetén 6 munkanapot igényel.

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

 Banki átutalással

Számlatulajdonos neve: _____

Állandó lakcíme: _____

Bank neve: _____

Bankszámla száma: - -

Forint számla Deviza számla Deviza neve: _____

 Postai úton lakcímre HUF-ban

Név: _____

Lakcím: _____

Nyilatkozat

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen igénybejelentésem során közölt személyes, különleges, és a Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatait a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges mértékben kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a Biztosítási titok megtartásának kötelezettséget előíró jogszabályi rendelkezéseket betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja.

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező a Biztosított személyes és egészségügyi adatait a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából kárrendezési megbízottjával, a Europ Assistance Kft.-vel szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére átadja.

**Kérjük, hogy a jelen Kárbejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be:
Europ Assistance Kft. 1399 Budapest, Pf. 694/324**

Kelt: _____

Biztosított / Igénybejelentő aláírása