

Az Alfa Biztosító kárrendezési egysége:
SOS Assistance Hungary Kft.
 1039 Budapest, Szentendrei út 303.

Telefon: (+36) 1-477-4900
 Fax: (+36) 1-439-1440

Kárszám*: Kötvényszám:

1. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított vezetékneve: utóneve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Anyja vezetékneve: utóneve:
 Állandó lakcím:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Levelezési cím:
 irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Telefon/fax:
 E-mail cím:
 Utasbiztosítási kötvény száma:
 Termék neve/módozat:

2. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI KISKORÚ (18 ÉV ALATTI) BIZTOSÍTOTT ESETÉN

Vezetékneve: utóneve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Lakcím: irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Személyi ig. száma:
 Kijelentem, hogy
 vezetékneve: utóneve:
 kiskorú törvényes képviselője vagyok.

3. UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utazás jellege: társas egyéni üzleti út/kiküldetés munkavállalás
 Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: év hó naptól év hó napig
 Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: év hó naptól év hó napig
 (amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás dátuma nem egyezik meg)
 Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről az SOS Hungary felé? Igen Nem
 A káresemény kapcsán más biztosító, cég felé nyújtott-e be kárigényt? Igen Nem
 Biztosító, cég neve:
 Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt? Igen Nem
 Történt-e kárkifizetés? Igen Nem Ha Igen, milyen összegben? Ft

* A biztosító tölti ki.

4. KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI

Káresemény időpontja: év hó nap

Káresemény helyszíne: ország: város:

Káresemény rövid leírása (külön lapon folytatható):

5. KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK

Összeg	Pénznem	Szolgáltatás megnevezése	Kiegyenlítette?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem

6. A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK (kísérőlevélben személyre szabva)

- A biztosítási esemény kapcsán a káresemény helyszínén és a káresemény bekövetkeztéhez képest 48 órán belül keletkezett rendőrségi, illetve egyéb hatósági iratok,
- a biztosítási esemény kapcsán keletkezett számlák,
- a biztosítási esemény kapcsán keletkezett szakértői dokumentumok,
- a gépjármű forgalmi engedélye.

7. A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postai úton lakcímrre HUF-ban:

Vezetéknév: utónév:

Lakcím: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Banki átutalással:

Számlatulajdonos vezetéknéve: utóneve:

Állandó lakcíme: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Számlát vezető pénzintézet neve:

Bankszámlaszám (Forint): - -

Devizaszámla esetén deviza neve: Swift (BIC) kód:

IBAN szám: - - - - -

Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre postázza: **SOS Assistance Hungary Kft., 1039 Budapest, Szentendrei út 303.**

Kelt: év hó nap

X

Biztosított/törvényes képviselő aláírása