

Magyar Posta Biztosító Zrt.

1535 Budapest, Pf. 952 (1022 Budapest, Bég u. 3-5.) • Fax: 06 1 423 4298 •
Ügyfélszolgálat: 06 40 200 480 (H 8:00-20:00, K-P 8:00-18:00) • www.postabiztosito.hu



Kárbejelentő MOB Ügyfeleknek (élet-, baleset- és betegségbiztosítási károk bejelentésére)

Ajánlat/kötvény száma:	1504000000000 1504000000018	KÁRSZÁM:	A biztosító tölti ki!
------------------------	--------------------------------	----------	-----------------------

Kárügyének gyors és hatékony rendezése érdekében kérjük, hogy a biztosítási kötvénye alapján, azzal összhangban, pontosan és olvashatóan töltsse ki a Kárbejelentő nyomtatványt, és mellékelje az Ügyféltájékoztató és biztosítási feltételekben felsorolt kárrendezéshez szükséges iratokat.

Szerződő adatai	
Név: MAGYAR OLIMPIAI BIZOTTSÁG	Telefonszám: 06 1 209 31 26
Cím (irsz., város, utca, hsz., em., ajtó):	1124 BUDAPEST, CSÖRSZ UTCA 49-51.

Biztosított adatai	
Név:	
Cím (irsz., város, utca, hsz., em., ajtó):	
Születési idő:	Születési hely:
Telefonszám:	Foglalkozás:
Regisztrációs kártya száma:	Sportág:

Milyen biztosítása van? Kérjük a megfelelőt „x”-el jelölni!

	Biztosítási szolgáltatás	Biztosítási összeg
<input type="checkbox"/> Átmeneti csomag 2012.10.01. előtt kötött szerződések (versenyengedély kiváltásának időpontja)	Baleseti halál	500 000 Ft
	Baleseti rokkantság 51%-99% (rokkantsági fok szerinti hányad kerül kifizetésre)	250 000 Ft arányos része
	Baleseti rokkantság 100%	2 000 000 Ft
	Baleseti eredetű csonttörés (beleértve csontrepedés, ínszakadás, ficam)	3 000 Ft
	Egyösszegű térítés balesetből eredő, legalább 28 napot elérő táppénz esetén	3 000 Ft
<input type="checkbox"/> Alapcsomag 2012.10.01. után kötött szerződések (versenyengedély kiváltásának időpontja)	Biztosítási szolgáltatás	Biztosítási összeg
	Baleseti halál	350 000 Ft
	Baleseti rokkantság 51%-99% (rokkantsági fok szerinti hányad kerül kifizetésre)	500 000 Ft
	Baleseti rokkantság 100%	2 000 000 Ft
	Baleseti eredetű csonttörés (beleértve csontrepedés, ínszakadást, ficam)	6 000 Ft
Egyösszegű térítés 28 napon túl nyúló kórházi ápolás esetén	25 000 Ft	

Kéresemény időpontja (év-hó-nap-óra):	Kéresemény bejelentésének dátuma (év-hó-nap):
--	---

Kéresemény - a kéresemény bekövetkezésének pontos helye és a kéresemény körülményeinek pontos leírása, a szolgáltatási igény meghatározása:

Történt-e rendőri intézkedés? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	Illetékes rendőri szerv:
Történt-e alkoholvizsgálat? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	A vizsgálat eredménye:
A Biztosított a bejelentett káresemény kapcsán ambuláns vagy kórházi kezelésben részesült-e? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	
Az egészségügyi intézmény pontos címe:	A kezelés időpontja és tartama: _____ -tól _____ -ig

Igénybejelentő adatai (Amennyiben személye nem azonos a Biztosítottal)	
Név:	Cím:
Bejelentés jogcíme:	

Haláleseti Kedvezményezett adatai /1/ (Amennyiben a Biztosított jelölt Haláleseti Kedvezményezettet – ennek hiányában az örökös)	
Név:	Anyja neve:
Születési idő:	Kedvezményezettség aránya (%):
Cím (irsz., város, utca, hsz., em., ajtó):	
Bankszámlaszám:	
Haláleseti Kedvezményezett adatai /2/ (Amennyiben a Biztosított jelölt Haláleseti Kedvezményezettet – ennek hiányában az örökös)	
Név:	Anyja neve:
Születési idő:	Kedvezményezettség aránya (%):
Cím (irsz., város, utca, hsz., em., ajtó):	
Bankszámlaszám:	

NYILATKOZAT AZ EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK KEZELÉSÉRŐL
<p>Alulírott Biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségügyi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésben, valamint a 159. § (1) bekezdésben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal a Biztosított felmenti az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó orvosokat, egészségügyi és társadalombiztosítási intézményeket a titoktartási kötelezettség alól. A biztosító tudomására jutott adatokat a biztosítási szerződés Ügyfélértékelő és biztosítási feltételek kiadványban megfogalmazott körben és módon biztosítási titokként kezeli.</p>
_____ Biztosított aláírása
Alulírott aláírással hitelesítem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.
Kelt (város-év-hó-nap):
Személyazonosság igazolására alkalmas hatósági ig. megnevezése és száma:
_____ Biztosított/Igénybejelentő aláírása
_____ Postai munkatárs aláírása

Kérjük, hogy a kitöltött és aláírt kárbejelentő nyomtatványt, a szükséges mellékletekkel együtt szíveskedjen a Posta Biztosító címére (1535 Budapest, Pf. 952) beküldeni!

Nyomtatványszám: K 150400 10 1302