

BALESETBIZTOSÍTÁSI KÁRBEJELENTŐ

1. A biztosított, sérült neve (nőknél leánykori név is)

2. Születési helye: 3. Születési ideje: év hó -n

4. Foglalkozása: 5. Munkahelye:

6. Lakóhelye: 7. Anyja neve:

8. Szolgáltatásra jogosult (kedvezményezett)

(kiskorú esetén szülő, gyám) neve és laccíme

9. A baleset helye: 10. A baleset ideje: év hó -n óra

11. A balesettel kapcsolatban első kezelésben hol és mikor részesült (orvos, szakrendelés v. kórház neve, címe):

12. A balesetet szenvedett testrész azt megelőzően betegség v. baleset következtében sérült volt-e?

13. Mi okozta és mikor történt a korábbi sérülés?
 év hó -n

14. Volt-e rendőri intézkedés?

Melyik rendőrhatalóság (megyei, járási, kerületi, egyéb) járt el?

Ügyintéző neve, címe:

15. Milyen biztosítás alapján igényli a térítést (kötvényszám): 312004500 2.2.

16. Hogyan történt a mostani baleset és milyen sérülés érte?

(Az esemény leírása)

Nyilatkozat:

Vizsgáló és kezelőorvosaimnak titoktartás alól egészségi állapotom és balesetem következményeivel kapcsolatban a SIGNAL Biztosító Zrt.-vel szemben felmentést adok.

Kelt: év hó -n.

Biztosított aláírása Igénybejelentő aláírása

Személyi igazolvány száma

Tisztelt biztosítottunk!
A balesetbiztosítási kárbejelentőhöz szíveskedjen csatolni a baleset után készült első és az azt követő orvosi ellátásról szóló orvosi igazolások fénymásolatát, pl.: ambuláns-lap, rtg.-lelet, kórházi zárójelentés, kontroll kezelőlap, táppénzes igazolvány, munkahelyi baleseti jkv. stb.