

**AIG Europe Limited Magyarországi Fióktelepe**  
Capital Square  
H-1133 Budapest, Váci út 76.  
Levelezési cím: Budapest, 1426 Pf.: 358.  
Tel: +36 1 801 0801  
Fax: +36 1 801 0888



## Kárbejelentő formanyomtatvány

/Kérjük, olvassa el a 2. oldalon található csatolandó okmányok listáját/

Károsult neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_

Biztosítási kötvényének száma: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_

Levelezési címe (ha az előbbtől különbözik): \_\_\_\_\_

E-mail címe (ha az értesítő levelet e-mail-ben kéri): \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Személyi igazolványának száma: \_\_\_\_\_

Kiskorú károsult esetén szülő, vagy gondviselő neve: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ Személyi igazolványának száma: \_\_\_\_\_

A káresemény jellege:

Baleseti halál

Maradandó egészségkárosodás

Csonttörés

Kórházi kezelés , a kórházi tartózkodás időtartama: ..... év ..... hó ..... naptól – ..... év ..... hó ..... napig.

Egyéb , \_\_\_\_\_

A káresemény helye: \_\_\_\_\_

Mikor észlelte először a tüneteket/baleset ideje? ..... év ..... hó ..... nap

Mikor fordult először orvoshoz? ..... év ..... hó ..... nap

A káresemény részletes leírása: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Kártérítés módja

Postai címre (Kérjük adja meg kinek a nevére, címére)

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Banki átutalással

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_ Bank neve: \_\_\_\_\_

Bankszámlaszám (GIRO): \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Azzal, hogy a személyes adatait biztosítási kárigényével kapcsolatban megadja az AIG-nak, és ezt aláírásával hitelesíti, hozzájárul a személyes adatainak gyűjtéséhez és kezeléséhez (ideértve azok feldolgozását és kiadását is) a <http://www.aig.co.hu/hu-privacy-notice-hungarian> címen elérhető, illetve kérésre megküldött Adatvédelmi Szabályzatunkban leírtaknak megfelelően. Hozzájárulása kiterjed a személyes adatainak külföldre történő továbbítására is. Ha más személyek személyes adatait adta meg (vagy fogja megadni) az AIG-nak, aláírásával tanúsítja, hogy az érintett személyeket tájékoztatta az Adatvédelmi Szabályzatunk tartalmáról, és fel van hatalmazva az érintett személyek személyes adatai AIG-nak történő átadására az Adatvédelmi Szabályzatban foglalt módon.

Dátum: ..... év ..... hó ..... nap Aláírás: \_\_\_\_\_

Tisztelt Ügyfelünk!

Jelen tájékoztatónk célja, hogy ismertessük, milyen dokumentumok szükségesek kárának rendezéséhez. A mellékelt nyomtatvány kitöltése és visszaküldése mellett szükséges néhány további dokumentumot is elküldeni, amelyeket az alábbiakban foglalunk össze:

- **orvosi jelentés valamennyi sérülés jellegének és mértékének leírásával és diagnózisával, illetőleg az egészségkárosodás mértékének igazolásával,**
- **kórházi zárójelentés, ambuláns lap másolata,**
- **a baleset tényét és körülményeit igazoló rendőrhatalósági jegyzőkönyv vagy más hivatalos jelentés másolata (amennyiben ilyen készült), ennek hiányában**
- **azon harmadik személy neve, címe, aki a biztosított személyen kívül a biztosítási eseményben (pl. autóbaleset) érintett volt,**
- **halál esetén a halotti anyakönyvi kivonat és a halál okát igazoló orvosi bizonyítvány másolata,**

Közreműködését megköszönve,

Üdvözlettel:

AIG Europe Limited Magyarországi Fióktelepe