

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: www.alfa.hu

Kárszám*:

Kötvényszám:

1. SZERZŐDŐ ADATAI (ha a Szerződő és a Biztosított személye megegyezik, csak a Biztosított rovatot kell kitölteni)

Szerződő vezetékneve: utóneve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Lakcím: irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Mobiltelefon:
 E-mail cím:

2. AZ UTAZÁST LEMONDÓ BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított vezetékneve: utóneve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Lakcím: irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Mobiltelefon:
 E-mail cím:

3. KISKORÚ BIZTOSÍTOTT ESETÉN A TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI

Szerződő vezetékneve: utóneve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Lakcím: irányítószám: helység:
 út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
 Mobiltelefon:
 E-mail cím:

4. AZ UTAZÁSKÉPTELENSÉG OKA

betegség házassági per
 baleset Biztosított vagyontárgyában keletkezett kár
 haláleset Biztosított munkaviszonyának megszűnése
 terhesség bírósági idézés
 Biztosított alap- vagy középfokú tanulmányai során a tanév sikertelensége
 Egyéb ok:

5. A KÁRBEJELENTŐHÖZ CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK LISTÁJA

A kárbejelentőhöz kérjük az alábbi dokumentumokat csatolni:

- az esemény időpontjában érvényes biztosítási kötvényt, továbbá tájékoztatást a más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényről, vagy más – a kár megtérülésére vonatkozó dokumentumról,
- a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt (kárbejelentési nyomtatvány),
- az utazási szerződést, az utazás ellenértékéről kiállított számlá(ka)t, a kifizetését igazoló bizonylato(ka)t,
- az utazásszervező által az utazási szolgáltatás lefoglalását visszaigazoló dokumentumot, amely tartalmazza az utazási szolgáltatás jellegét és időpontját, a résztvevő utasok nevét, az utazásszervező részére befizetett összegeket,
- az utazásszervező által az utazási szolgáltatás lemondásáról kiállított lemondási költségekről (bánatpénz) szóló számlát, amely tartalmazza az igénybe nem vett szolgáltatás időpontját, a lemondott utasok és a szolgáltatás azonosítására szolgáló adatokat, a bánatpénz összegét, és a lemondás időpontját,

* A biztosító tölti ki.

- 5.6 az utazásszervező vagy légitársaság igazolását arra vonatkozóan, hogy mely igénybe nem vett szolgáltatások árát nem téríti vissza,
- 5.7 az ügyfél által az utazásszervező iroda felé írásban benyújtott lemondást az utazási szolgáltatásról,
- 5.8 az igénybe nem vett szolgáltatásra vonatkozóan az utazásszervező által kiállított sértetlen és hiánytalan utalványt (voucher) és/vagy repülőjegyet,
- 5.9 amennyiben a biztosítási esemény betegség vagy baleset miatt következett be, a betegséggel, balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumokat (zárójelentés, ambuláns lap, betegkarton másolata, különös tekintettel a 7.1.1.-es pontban írt lemondási ok esetén), képzővizsgák leleteit, a betegség kezdetét igazoló szakorvosi leleteket,
- 5.10 krónikus betegség esetén a biztosítási esemény bekövetkeztét okozó állapotrosszabbodást igazoló orvosi leleteket, vizsgálati eredményeket, a korábban alkalmazott és a jelen kezelést (gyógy-szer, egyéb terápiás beavatkozás) tartalmazó szakorvosi leleteket,
- 5.11 a kezelés, gyógyulás várható befejezésének időpontját (az orvos szakmailag elfogadott átlagos gyógytartamot figyelembe véve) tartalmazó szakorvosi leleteket, a kezelés folyamán keletkezett, a gyógyulási folyamat követésére alkalmas kontroll leleteket,
- 5.12 az utazás ellenjavallatait tartalmazó szakorvosi leletet, vizsgálati eredményekkel alátámasztva,
- 5.13 a benyújtott dokumentumoknak tartalmaznia kell az ellátóhely kódját, naplószámot, a beteg személyes adatait, meg kell felelni az orvosi dokumentumok tartalmi követelményeinek (előzmény, jelen állapot, vizsgálati eredmények, kezelés, további kezelési terv, diagnózis), szerepelnie kell rajta az ellátóhely és az ellátó orvos pecsétjének és aláírásának,
- 5.14 a biztosító az orvosi dokumentáció eredeti példányát is kérheti, amelyet az elbírálás után visszajuttat a biztosított részére,
- 5.15 amennyiben az utazás lemondását baleset okozta, a baleset pontos időpontját és körülményeit tartalmazó dokumentumokat, a baleset utáni első ellátás leletét, a képzővizsgák leleteit, és a kezelés során keletkezett összes orvosi dokumentumot, a kezelés várható időtartamát meghatározó szakorvosi leletet,
- 5.16 halotti anyakönyvi kivonatot, halottvizsgálati bizonyítványt, boncolási jegyzőkönyvet, hagyatékátadó végzést,
- 5.17 Biztosított vagyontárgyát érintő kár esetén a kár bekövetkezését, mértékét és a káresemény körülményeit dokumentáló rendőrségi, tűzoltósági, és/vagy biztosítói igazolást,
- 5.18 közlekedési baleset esetén, a balesetről felvett rendőrségi jegyzőkönyvet, illetve, amennyiben rendőrségi jegyzőkönyv nem készült, akkor az ügyben eljáró biztosító igazolását,
- 5.19 dokumentumok eltulajdonítása esetén a rendőrségen tett bejelentés jegyzőkönyvét,
- 5.20 munkaviszony megszűnése esetén:
- 5.20.1 a Biztosított személyi igazolványának fénymásolatát (az arcképfelvétel nélkül),
- 5.20.2 a munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 5.20.3 a munkáltató által az utolsó munkában töltött napon kiállított hivatalos munkaviszonyigazolás másolatát,
- 5.20.4 a munkaviszony megszüntetésére vonatkozó dokumentumot (a munkáltató indoklással ellátott felmondását).
- 5.21 amennyiben a Biztosított a kockázatviselés időtartama alatt alap- vagy középfokú tanulmányai során a tanév végén megbukik, abban az esetben az illetékes oktatási intézmény hivatalos igazolását a sikertelen vizsga időpontjáról, és a lehetséges pótvizsga időpontokról,
- 5.22 tanúként történő bírósági vagy hatósági idézés esetén az erről szóló végzés másolatát, valamint annak igazolását, hogy a bíróság vagy hatóság az Biztosított kérelme alapján az utazásra való tekintettel mulasztást nem engedélyezett,
- 5.23 házassági perrel kapcsolatos igény esetén az ennek tényét és időpontját egyértelműen alátámasztó hivatalos dokumentumokat,
- 5.24 a Z1 jelű záradékkal megkötött szerződések esetén: a karantén elrendelését kimondó hatósági irat másolatát.

6. HA A BIZTOSÍTOTT NEM SAJÁT BETEGSÉGE MIATT MONDJA LE AZ UTAT

A beteg (elhunyt) vezetékneve: utóneve:

Lakcíme: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Rokoni kapcsolata a Biztosítottal:

A megbetegedés (halál) időpontja: év hó nap

7. AZ UTAZÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

Az utazást értékesítő iroda (amennyiben a foglalás utazási irodán keresztül történt) tölti ki!

Az **utazásszervező iroda** neve (akivel az utazási szerződés létrejött):

Székhelye: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

A kitöltésért felelős személy vezetékneve: utóneve:

telefonszáma:

e-mail címe:

Kérjük az utazási szerződést a kárbejelentőhöz csatolni.

Az **utazást értékesítő iroda** neve:

Székhelye: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

A kitöltésért felelős személy vezetékneve: utóneve:

telefonszáma:

e-mail címe:

Az utazásra jelentkezett/utazást megvásárolt és azt lemondó személy

vezetéknév: utóneve:

címe: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házzám: emelet: ajtó:

Az utazás célországa:

Az utazás foglalásának időpontja: év hó nap

Az utazás időtartama: év hó naptól év hó napig

Az utazás lemondásának időpontja: év hó nap

Részvételi díj: Ft

Befizetett összeg (előleg): Ft

Lemondási költség (a kalkulált utasbiztosítási díj nélkül a részvételi díj %-a): Ft

Önrész: Ft

Kelt: , év hó nap

X

Az utazási iroda részéről kitöltő személy aláírása

1. sz. Melléklet

A BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA

A biztosítási szolgáltatás összegét az alábbi banki folyószámlára kérem kifizetni:

Számlát vezető pénzintézet neve:	<input type="text"/>		
Számlatulajdonos vezetékneve:	<input type="text"/>	utóneve:	<input type="text"/>
Swift kód:	<input type="text"/>	IBAN/Bankszámla száma:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Alulírott kijelentem, hogy a kárbejelentőn közölt adatok, állítások a valóságnak megfelelnek.

Melléletek:	<input type="checkbox"/> jegyzőkönyv	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> eredeti számlák	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> befizetési bizonylatok	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> orvosi iratok	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> egyéb	<input type="text"/> db

Kelt: , év hó nap

X

Biztosított aláírása

X

Szerződő (cégszerű) aláírása

Szolgáltatási igényével kapcsolatos kérdéseivel hívja a **(+36) 1-477-4800** telefonszámot, ahol munkatársaink hétköznap 8.00–16.00, csütörtökön 7.00–19.00 óra között várják hívását.

Kérjük, hogy a kárbejelentő nyomtatványt a szükséges dokumentumokkal együtt küldje be az alábbi címre:

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ
9701 Szombathely, Pf. 63**

de elküldheti az **utlemondas@alfa.hu** e-mail címre, vagy faxon is továbbíthatja részünkre **(+36) 1-476-5705**.