

Aktaszám

## Kárjelentés

# Poggyászbiztosítás

Kérjük figyelmesen és teljesen kitölteni!

Mondial Assistance - Károsztály  
AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep  
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.  
Tel.: +36 30 472 3626  
E-Mail: karbejelentes@mondial-assistance.at  
www.mondial-assistance.hu

### 1. Biztosított személy adatai

|                                            |                                                      |                               |                      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Név és keresztnév                          | <input type="text"/>                                 |                               |                      |
| Uta, házsám                                | <input type="text"/>                                 |                               |                      |
| Irányítószám/Város                         | <input type="text"/>                                 |                               |                      |
| Kötvény száma                              | <input type="text"/>                                 | Születési dátum               | <input type="text"/> |
| Telefon (privát)                           | <input type="text"/>                                 | Telefon (munkahely)           | <input type="text"/> |
| E-Mail                                     | <input type="text"/>                                 |                               |                      |
| Tartalmaz-e hitelkártyája utasbiztosítást? | Nem <input type="checkbox"/>                         | Igen <input type="checkbox"/> |                      |
|                                            | Ha igen, melyik pénzintézetnél? <input type="text"/> |                               |                      |

### 2. A poggyással kapcsolatos részletek

|                                                                                                                                                                           |                              |                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|
| A kár bekövetkeztekor aktuális cím (pl.: hotel)                                                                                                                           | <input type="text"/>         |                               |  |
| A kár bekövetkezének dátuma, pontos ideje, helye                                                                                                                          | <input type="text"/>         |                               |  |
| Kinek a tulajdonában vannak a megrongálódott vagy elveszett tárgyak?                                                                                                      | <input type="text"/>         |                               |  |
| Poggyásza vagy annak bizonyos részei (pl. ékszerek) be vannak biztosítva máshol is ugyanezen vagy egyes más veszélyek (pl.tűz, lopás) ellen?                              | Nem <input type="checkbox"/> | Igen <input type="checkbox"/> |  |
| Tudja-e a tárgyak értékét- melyekre térítési igényt nyújtott be- számlákkal igazolni? (Amennyiben igen, kérjük csatolni ill. a hátoldalon található táblázatot kitölteni) | Nem <input type="checkbox"/> | Igen <input type="checkbox"/> |  |

### 3. A történetek részletes leírása

  
  
  
  

### 4. Melyik felelős hivatalnak jelentette a káreseményt? (Kérjük az eredeti igazolást csatolni)

## 5. Az eltűnt vagy megrongálódott tárgyak listája

| Eltűnt vagy megrongálódott tárgyak | A vásárlás ideje | A tárgy beszerzési ára | A tárgy márkája | Kérjük szabadon hagyni |
|------------------------------------|------------------|------------------------|-----------------|------------------------|
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |
|                                    |                  |                        |                 |                        |

## 6. Kijelentés

**Kijelentem, hogy az általam megadott adatok teljesek és a valóságnak megfelelnek.  
Tudatában vagyok, hogy hamis adatok megadása a biztosítási védelem elvesztéséhez vezet.**

|                                        |                      |                                              |                      |
|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| <b>Hely, dátum</b>                     | <input type="text"/> | <b>Az utazást lefoglaló személy aláírása</b> | <input type="text"/> |
| <b>A kifizetendő összeg átutalása:</b> |                      |                                              |                      |
| <b>IBAN</b>                            | <input type="text"/> | <b>Devizanem</b>                             | <input type="text"/> |
| <b>A számlatulajdonos neve, címe</b>   | <input type="text"/> | <b>Swift-kód</b>                             | <input type="text"/> |

### **A kárrendezéshez a következő dokumentumokra van szükségünk:**

- biztosítási kötvény másolata vagy az utazás visszaigazolása
- eredeti repülőjegy, eredeti poggyászcimke
- eredeti kárjelentés vagy a légitársaság ill. szállító cég igazolása a poggyász elvesztéséről
- egy szaküzlet javítási költség-tervezete
- poggyászkésés esetén: a vásárolt termékek eredeti számlái
- lopás esetén: eredeti rendőrségi jelentés

|      |                          |     |                          |
|------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |
| Igen | <input type="checkbox"/> | Nem | <input type="checkbox"/> |