

VAGYONBIZTOSÍTÁS
KÁRBEJELENTŐ LAP

Nyomtatott nagybetűkkel kérjük kitölteni!

Contact Center: 06 40 405 405

www.signal.hu

	Megegyezik a szerződéssel	Neve	Pontos címe (irányítószám)	E-mail címe	Telefon
A szerződő					
A biztosított	<input type="checkbox"/>				
A károsult	<input type="checkbox"/>				
A bejelentő	<input type="checkbox"/>				

A károsult bankszámlaszáma:

ÁFA visszatérítésre jogosult:

igen

nem

A kár helye / helyszíne:

A kár időpontja:

A kár oka:

Becsült kárösszeg (Ft):

A káresemény rövid leírása:

A károsodott vagyontárgyak:

A biztosítás módozata:

Kötvényszám:

Bejelentő aláírása:

Bejelentés dátuma:

Díjjal fedezett időszak:

Érkezés dátuma*:

Kárügyintéző*:

* SIGNAL Biztosító tölti ki