

Kárszám

(Biztosító tölti ki!)

Alkusz	Név	_____		
	Képviselő személy	_____		
	Levelezési cím	_____		
	E-mail	_____		
	Telefonszám	_____		
Szerződő/Biztosított	Név	_____		
	Képviselő személy	_____		
	Levelezési cím	_____		
	E-mail	_____		
	Telefonszám	_____		
Károsult, ha más	Név	_____		
	Képviselő személy	_____		
	Levelezési cím	_____		
	E-mail	_____		
	Telefonszám	_____		
Értesítési igények „X”-el jelölheti, hogy az alábbi értesítéseket a Biztosítótól hová szeretné kérni	Kárszámról értesítés	<input type="checkbox"/> Alkusz	<input type="checkbox"/> Szerződő/Biztosított	<input type="checkbox"/> Károsult
	Szemléről értesítés	<input type="checkbox"/> Alkusz	<input type="checkbox"/> Szerződő/Biztosított	<input type="checkbox"/> Károsult
	Iratigényről külön értesítés	<input type="checkbox"/> Alkusz	<input type="checkbox"/> Szerződő/Biztosított	<input type="checkbox"/> Károsult
	Rendező levél (kifizetés, jogalap hiány)	<input type="checkbox"/> Alkusz	<input type="checkbox"/> Szerződő/Biztosított	<input type="checkbox"/> Károsult

Szolgáltatásban részt vevők (Biztosító tölti ki!)

UNIQA ügyintéző	Név	_____
	E-mail	_____
	Telefonszám	_____
Dekra szakértő	Név	_____
	E-mail	_____
	Telefonszám	_____
Külső szakértő	Név	_____
	E-mail	_____
	Telefonszám	_____

Megjegyzés: