

SIGNAL Biztosító utasbiztosítási kárrendezési egysége:

Europ Assistance Kft.

Budapest 1399, Pf. 694/324

Tel.: 06 1 458 4444 Fax: 06 1 458 4445



Betegség- és Baleset-biztosítási kárbejelentő nyomtatvány

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve: Születési dátuma:

Anyja neve:

Állandó lakcím:

Levelezési cím:

Elérhetőség (telefon / fax / e-mail):

BANKKÁRTYA

Bankkártya száma:

Bankkártya típusa:

Bankkártya tulajdonos:

UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utazás jellege: társas egyéni üzleti út/kiküldetés

Külföldi tartózkodás időtartama:-tól-ig

Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé? Igen Nem

A káresemény kapcsán más biztosító, cég felé nyújtott-e be kárigényt? Igen Nem

Biztosító, cég neve:

Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt?

Történt-e kárkifizetés, milyen összegben?

KÁRESEMÉNY

Káresemény időpontja:

Káresemény helyszíne:

Ország: Város:

Káresemény jellege:

- Sürgősségi orvosi ellátás / Kórházi kezelés
- Betegszállítás, hazaszállítás
- Sürgősségi fogászati kezelés
- Baleseti maradandó egészségkárosodás

Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:

.....

.....

.....

.....

.....

SIGNAL Biztosító utasbiztosítási kárrendezési egysége:

Europ Assistance Kft.

Budapest 1399, Pf. 694/324

Tel.: 06 1 458 4444 Fax: 06 1 458 4445



KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSE

- A külföldi kezelőorvos / kórház elfogadta a biztosítást, ezért az orvosi ellátásért nem fizettem.
- Biztosított vagy hozzátartozója fizette ki a külföldi orvosi / kórházi ellátás költségét.

Felmerült orvosi / kórházi ellátás, gyógyszer költség:

Összeg	Pénznem	Indoklás
.....		
.....		
.....		
.....		

Felmerült egyéb költségek:

Összeg	Pénznem	Indoklás
.....		
.....		
.....		

Benyújtott kártérítési igény összesen:

Kárrendezéshez szükséges iratok:

- Kitöltött kárbejelentő nyomtatvány
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezelésről és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Orvosi leírás, kórházi zárójelentés
- A külföldi kinttartózkodást igazoló repülőjegy és szállókártyák / buszjegy / vonatjegy / vízum

A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

- Postai úton laccímre HUF-ban**

Név:

Laccím:

- Banki átutalással**

Számlatulajdonos neve:

Állandó laccíme:

Bank neve:

Bankszámla száma: □□□□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□□□□

- forintszámla
- devizaszámla
- deviza neve:

Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

Dátum:

Biztosított aláírása: