

## Betegség / balesetbiztosítási kárbejelentő külföldön felmerült egészségügyi költségek megtérítésére

Tisztelt Ügyfelünk!

Szeretnénk kárigényét gyorsan, korrekt módon rendezni. Ezért arra kérjük, hogy a kárbejelentőt gondosan olvassa el és értelemszerűen töltsse ki. Az utasbiztosítási kötvény feltételeiben felsorolt iratokat mellékelje a kárbejelentőhöz. Társaságunk igyekszik bizalmát megszolgálni.

Gondoljon a KÖRNYEZETVÉDELEMRE: a nyomtatvány 4. oldala, a Melléklet kiskorú biztosított törvényes képviselőjének és/vagy kedvezményezett adatainak megadására szolgál, csak akkor nyomtassa ki, ha szükséges.

### 1. Biztosított adatai

1.1 Kötvényszám (Bankkártyához kapcsolódó utasbiztosítás esetén a 2.3 mező töltendő ki!)

1.2 Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

1.3 Születési név

1.4 Születési hely

1.5 Születési dátum

1.6 Anyja születési neve

1.7 Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

Régi típusú személyi igazolvány  Új típusú személyi igazolvány  Útlevel  Új típusú vezetői engedély  Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

1.8 Személyazonosító okmány száma

1.9 Lakcímkártya száma

Nem rendelkezem lakcímkártyával

1.10 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, hászám, emelet, ajtó)

1.11 Levelezési cím (irányítószám, település, közterület, hászám, emelet, ajtó)

1.12 Állampolgárság

Magyar állampolgár  Külföldi állampolgár

Kérjük, adja meg állampolgárságát!

1.13 Mobiltelefonszám

1.14 E-mail cím

1.15 Munkahelye, foglalkozása

Kérjük, hogy kiskorú biztosított esetén töltsse ki a Melléklet 1. pontját is!

### 2. A biztosítás típusa

2.1 A biztosítás típusa

egyéni  társas/csoportos  bérlet  vállalati

2.2 Biztosítási termék és módozat megnevezése

2.3 Bankkártyaszám (amihez az utasbiztosítás kapcsolódik)

2.4 A bankkártyát kibocsájtó bank neve

### 3. Az utazás jellege, időtartama

3.1 Az utazás jellege

egyéni  társas  tanulmányút/ösztöndj  munka

3.2 Tervezett külföldi tartózkodás időtartama

Kezdete  Vége

3.3 Tényleges külföldi tartózkodás időtartama

Kezdete  Vége

#### 4. Kéresemény

4.1 Megbetegedés vagy baleset helye

Ország

Város

4.2 Megbetegedés vagy baleset ideje

Dátum (év, hónap, nap, óra, perc)

4.3 Milyen betegség (panasz) tette szükségessé az orvosi ellátást?

4.4 Mikor észlelte először a tüneteket?

4.5 Mikor fordult orvoshoz?

4.6 Hányszor járt orvosnál?

4.7 Kórházi ellátás esetén a kórházban töltött éjszakák száma

4.8 Orvoshoz / kórházba szállítás módja?

mentőautó  mentőhelikopter  taxi  egyéb

4.9 Kezelték-e korábban ezzel a betegséggel?

igen  nem

4.10 Van-e meglévő krónikus betegsége?

igen  nem

4.11 Ha igen, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét

4.12 Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegségre / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igényvel élhet?

igen  nem Ha igen, akkor hol?

4.13 Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel fenti betegség / baleset kapcsán?

igen  nem

4.14 Az Assistance Szolgáltatnak bejelentették-e az eseményt?

igen  nem

4.15 Ha igen, mikor?

4.16 Az utazás tartama alatt rendelkezett Európai Egészségbiztosítási Kártyával?

igen  nem

#### 5. Felmerült közvetlen költségek kiegyenlítése

A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt

Személy / intézmény neve

Én fizettem ki a helyszínen

Közvetlen költségek összege

Pénzneme

Indoklás

#### 6. Külföldön felmerült egyéb költségek

Egyéb költségek összege

Pénzneme

Indoklás

#### 7. Az összeg kifizetésének módja

7.1  Postán

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

Cím (irányítószám, település, közterület, hászám, emelet, ajtó)

7.2  Banki átutalással forint fizetőeszközben  Banki átutalással deviza fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

Bank neve

Számlaszám

IBAN (Deviza fizetőeszköz esetén)

SWIFT kód (Deviza fizetőeszköz esetén)

Amennyiben a kifizetést más részére kéri, a kedvezményezett adatait a Melléklet 2. pontjában adhatja meg.



## Melléklet

### 1. Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított esetében

1.1 Alulírott (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

1.2 Születési név

1.3 Születési hely

1.4 Születési dátum

1.5 Anyja születési neve

1.6 Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

Régi típusú személyi igazolvány  Új típusú személyi igazolvány  Útlevel  Új típusú vezetői engedély  Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

1.7 Személyazonosító okmány száma

1.8 Lakcímkártya száma

Nem rendelkezem lakcímkártyával

1.9 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házsám, emelet, ajtó)

Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú törvényes képviselője vagyok.

Kiskorú neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

### 2. Kedvezményezett adatai (amennyiben más részére kéri a kifizetést)

2.1 Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

2.2 Születési név

2.3 Születési hely

2.4 Születési dátum

2.5 Anyja születési neve

2.6 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házsám, emelet, ajtó)

2.7 Állampolgárság

Kérjük, adja meg állampolgárságát!

Magyar állampolgár

Külföldi állampolgár

### 3. Biztosított / Törvényes képviselő aláírása

3.1 Aláírás

Település

Dátum

Biztosított / Törvényes képviselő aláírása