

Tisztelt Ügyfelünk!

Külföldön történt betegségére/balesetére vonatkozóan kérjük, postán vagy személyesen juttassa el irodánk fenti címére az alábbi nyomtatványt az **eredeti utasbiztosítási kötvénnyel és a feltételekben előírt iratokkal együtt. A kitöltött nyomtatvány visszaküldése a további kárrendezés feltétele!**

KÉRJÜK A NYOMTATVÁNYT NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) tölti ki.

Biztosított neve: _____ Születési ideje:

Telefon/fax száma (ahol elérhető): _____ e-mail címe: _____

Állandó lakcíme: _____

Levelezési címe (ha az előbbtől különbözik): _____

Állampolgársága: _____ Utasbiztosítás neve, azonosító száma: _____
(pl. kötvényszám, kártyaszám, bankkártya száma + bank neve)

Kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén a törvényes képviselő (pl. szülő) adatai:

Alulírott (név): _____ Születési idő:

Lakcím: _____ Szem.ig.sz.:

kijelentem, hogy (kiskorú neve) _____ kiskorú törvényes képviselője vagyok.

Volt-e más biztosítónál is utasbiztosítása az utazás tartamára? Igen Nem Hol? _____

Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegsége/balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet? Igen Nem

Melyik biztosítónál? _____

Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel az adott betegsége/baleset vonatkozásában? Igen Nem

Tervezett külföldön tartózkodás időtartama: 20 – 20 -ig

Tényleges külföldön tartózkodás időtartama: 20 – 20 -ig

A kiutazás és az eredetileg tervezett hazautazás módja: _____

Rendelkezett-e az utazás tartama alatt érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával? Igen Nem

Történt-e az EUB vagy az EUB Assistance felé a külföldön tartózkodás ideje alatt telefonon bejelentés? Igen Nem

Mikor történt a telefonos bejelentés? 20 óra perc

Ki volt a bejelentő? _____ Milyen telefonszámról? _____

A megbetegedés/baleset helye (ország, város): _____ Ideje: 20

Hányszor járt orvosnál? _____ Amennyiben kórházba utalták, hány éjszakát töltött bent? _____

Mikor észlelte először a tüneteket? 20 Mikor fordult orvoshoz? 20

Van-e meglévő krónikus betegsége? Igen Nem Ha igen, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét: _____

Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? mentővel helikopterrel hegyi mentővel egyéb módon: _____

Baleset/megbetegedés részletes leírása: _____

Amennyiben közlekedési baleset történt, kérjük az alábbiakat is töltsé ki! Történt-e rendőrségi intézkedés? Igen Nem

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: – Típusa: _____

Felelősségbiztosítójának neve, címe: _____ Kötvény száma: _____

Rendelkezik-e casco biztosítással? Igen Nem Ha igen, melyik biztosítónál? _____

Casco biztosítási kötvény száma: _____

Kérjük, mellékelje a gépjármű forgalmi engedélyének és a vezető jogosítványának másolatát, valamint a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát!

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSE Az orvosi kezelésért nem kellett fizetnem. Én (vagy hozzátartozóm) fizette(m) ki az alábbi költségeket:

Összeg:	Pénznem:	Mire vonatkozik a kifizetés?
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Az igényelt összes költség: Pénznem:

Kérjük, mellékelje az orvosi leírást, eredeti orvosi számlá(ka)t, befizetést igazoló bizonylató(ka)t!

A FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM: **Postán*** csak forint fizetőeszközben igényelhető (Kérjük, adja meg kinek a nevére, címére!)

Név: _____ Cím: _____

Banki átutalással* **Forint** fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve: _____ Állandó lakcíme: _____

Bank neve: _____ Bankszla.sz.: - - **Devizában** (csak devizaszámlára lehetséges) Pénznem:

Számlatulajdonos neve: _____ Állandó lakcíme: _____

IBAN szám: _____ SWIFT (BIC)-kód: _____

Melléletek: Biztosítási kötvény: _____ db Jegyzőkönyv: _____ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: _____ db Egyéb iratok _____ db**Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.*****Amennyiben nem a saját részére kéri, 2 tanú aláírása szükséges még a felhatalmazás hitelességéhez.**

Tanú I. Név: _____ Tanú II. Név: _____

Lakcím: _____ Lakcím: _____

Szem. ig. szám: _____ Szem. ig. szám: _____

Aláírás: _____ Aláírás: _____

Dátum: 20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: _____
--------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---