

# Betegség- és Balesetbiztosítási kárbejelentő nyomtatvány

## BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvény azonosító: \_\_\_\_\_

Biztosított neve: \_\_\_\_\_ Születési dátuma: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_

Levelezési címe: \_\_\_\_\_

Elérhetőség (telefon /fax / e-mail): \_\_\_\_\_

## UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utazás jellege:  társas  egyéni  üzleti út / kiküldetés

Külföldi tartózkodás időtartama: \_\_\_\_\_ től \_\_\_\_\_ 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

Ha igen a Biztosító, cég neve: \_\_\_\_\_

Bejelentés dátuma: \_\_\_\_\_

Történt-e kárkifizetés, milyen összegben? \_\_\_\_\_

## A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postai úton lakcímre HUF-ban

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Banki átutalással HUF-ban

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Bank neve: \_\_\_\_\_

Bankszámla száma:         -         -

## KÁRESEMÉNY

Káresemény időpontja (észlelése): \_\_\_\_\_

Káresemény helyszíne: Ország: \_\_\_\_\_ Város: \_\_\_\_\_

Káresemény jellege:

- Sürgősségi orvosi ellátás / Kórházi kezelés
- Betegszállítás, hazaszállítás
- Sürgősségi fogászati kezelés

Káresemény rövid leírása

---

---

---

---

# Betegség- és Balesetbiztosítási kárbejelentő nyomtatvány

## Felmerült betegség- és balesetbiztosítási káresemény kifizetésének kedvezményezettje:

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

## Felmerült orvosi / kórházi ellátás, gyógyszer költség

Megnevezés	Összeg	Pénznem

## Felmerült egyéb költség

Megnevezés	Összeg	Pénznem

## 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)
- Befizetést igazoló bizonylat(ok), csekk(ek)
- Orvosi leírás, kórházi zárójelentés

Alulírott Biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Továbbá tudomásul veszem, a biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása