

Biztosított adatai	Biztosított neve:	<input type="text"/>	Születési dátuma:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anyja neve:	<input type="text"/>				
	Állandó lakcím:	<input type="text"/>				
	Levelezési cím:	<input type="text"/>				
	Telefon:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>		
	Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő adatai:					
	Neve:	<input type="text"/>	Születési dátuma:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anyja neve:	<input type="text"/>				
Címe:	<input type="text"/>					

Utásbiztosítási szerződés adatai	Kötvény száma:	<input type="text"/>			
	Érvényessége:	<input type="text"/>	-tól	<input type="text"/>	-ig

Utazással és káreseménnyel kapcsolatos egyéb adatok	Utazás jellege:	<input type="checkbox"/> társas	<input type="checkbox"/> egyéni	<input type="checkbox"/> üzleti út / kiküldetés	
	Külföldi tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>			
	Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Más biztosítónál az utazás tartamára volt-e utasbiztosítása?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Más biztosító / fuvarozó (légitársaság) / cég / magánszemély felé nyújtott-e be kárigényt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Biztosító / fuvarozó (légitársaság) / cég / magánszemély neve:	<input type="text"/>			
	Lezárta-e a biztosító / légitársaság / cég / magánszemély a benyújtott kárigényt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
Történt-e kártérítés kifizetése, milyen összegben?	<input type="text"/>				

Káresemény	Káresemény dátuma, illetve észlelésének időpontja (óra, perc):	<input type="text"/>			
	Káresemény helyszíne: Ország:	<input type="text"/>	Város:	<input type="text"/>	
	Káresemény jellege:				
	<input type="checkbox"/> Légijárat késése				
	<input type="checkbox"/> Felelősségi kár	<input type="checkbox"/> Utas	<input type="checkbox"/> Szállodai		
	<input type="checkbox"/> Egyéb				
	Történt-e rendőrségi intézkedés:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Illetékes rendőrség adatai:	<input type="text"/>			
	Káresemény rövid leírása:	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			

Tételes kárigény	Kárigény részletezése:	Összeg (Forint)
Kárigény összesen:		

A kártérítési összeg kifizetésének módja	<input type="checkbox"/> Átutalással forintban:	Számlatulajdonos neve: <input type="text"/>	
		Számlaszám: <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Átutalással devizában:	Számlatulajdonos neve: <input type="text"/>	
		Bankszámlaszám devizaneme: <input type="text"/>	IBAN-szám: <input type="text"/>
		SWIFT-kód / BIC kód: <input type="text"/>	

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a biztosító szolgáltatásainak igénybevételét kizáró ok nem áll fenn.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület (a továbbiakban: biztosító) a kárigényem érvényesítése körében az adataimat kezelje, az általam benyújtott dokumentumokról fénymásolatot készítsen, azokat valamely jogszerűen kiszervezett biztosítási tevékenység keretén belül a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartani köteles gazdálkodó szervezetnek átadja.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító személyazonosító igazolványomról, lakcímkártyámról, adókártyámról, TAJ kártyámról fénymásolatot készítsen, vagy az általam rendelkezésre bocsátott fénymásolatokat tárolja, kezelje a szolgáltatással kapcsolatban.

Hozzájárulok, hogy a biztosító a jelen kárigény bejelentés alapján indult kárrendezési eljárásban történő kapcsolattartás céljából az általam megadott e-mail elérhetőséget használja, illetve részemre valamennyi – elektronikusan megküldhető – dokumentumot az általam megadott e-mail címre küldjön meg.

Felhatalmazom a biztosítót, hogy a kárügy rendezése érdekében az ügyben eljáró rendőri, ügyészi vagy bírói szervet megkeresse, és az ügy érdemére vonatkozó iratokról másolatot kérjen.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, különleges személyes adataimat kezelje, az ezen adatokat tartalmazó iratokat a káriratok között elhelyezze, az iratokat fénymásolja vagy az általam átadott fénymásolatokat kezelje a szolgáltatásokkal kapcsolatban.

Személyi sérüléssel károsultként hozzájárulok, hogy a KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület kezelőorvosaimat megkeresse, és azokat felhatalmazom, hogy egészségügyi állapotomra vonatkozó különleges adataimat a kárrendezés céljából a KöBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesületnek kiadják.

A káreseménykor kábítószer, alkohol, vagy a vezetési képességet hátrányosan befolyásoló szer, gyógyszer hatása alatt

álltam. nem álltam.

Kijelentem, hogy a jelen kárüggyel kapcsolatban

kártérítést nem vettem fel, azt nem kezdeményeztem.

igényemet Ft összegben kifizette:

Dátum:

Biztosított aláírása:
(kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő aláírása)