

**Betegség- és balesetbiztosítási
kárbejelentő nyomtatvány**

Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324
Tel.: +36 1 465 37 06 Fax: +36 1 458 4445



KÁRSZÁM:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve: Születési dátuma:
Anyja neve:
Állandó lakcím: Levelezési cím:
Elérhetőség (telefon / fax / e-mail):
Utasbiztosítási kötvény száma: Termék neve/módozat:
Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:
Alulírott (név): Születési dátuma:
Állandó lakcím: Szem. ig. sz.:
Kijelentem, hogy (kiskorú neve) kiskorú törvényes képviselője vagyok.

UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utazás jellege: társas egyéni üzleti út/kiküldetés munkavállalás
Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: -tól -ig
Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: -tól -ig
(amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás dátuma nem egyezik meg)
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 RÉSZLETEI

Káresemény időpontja:
Káresemény helyszíne: Ország: Város:
Káresemény jellege (a megfelelő aláhúzendő): Sürgősségi orvosi ellátás / kórházi kezelés
 Betegszállítás, hazaszállítás
 Utazás megszakítása/visszautazás
Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:
.....
.....
.....
Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? mentővel / személygépkocsival
Egyéb módon
Amennyiben közlekedési baleset történt (a megfelelő aláhúzendő)
Történt-e rendőri intézkedés: Igen Nem Ön a: Gépjármű vezetője volt Utasa volt
Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: Típusa:
Felelősségbiztosítójának neve, címe: Kötvényszáma:
Casco biztosítójának neve, címe: Kötvényszáma:

**Betegség- és balesetbiztosítási
kárbejelentő nyomtatvány**

Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324
Tel.: +36 1 465 37 06 Fax:+36 1 458 4445



KÁRSZÁM:

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK

Felmerült orvosi / kórházi ellátás, gyógyszer költség (több tétel esetén külön lapon folytatható):

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegyenlítette (aláhúzó)?
.....	Igen / Nem
.....	Igen / Nem
.....	Igen / Nem

Felmerült egyéb költségek (több tétel esetén külön lapon folytatható):

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegyenlítette (aláhúzó)?
.....	Igen / Nem
.....	Igen / Nem
.....	Igen / Nem

Benyújtott kártérítési igény összesen:

Kérjük, ha blokkokat, számlákat nyújt be, azokat a felsorolásban jelzett sorszámmal mindenképpen lássa el!

A felsorolás azonos tartalommal, külön lapon folytatható.

A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK (kísérőlevélben személyre szabva)

- Az káreseményt alátámasztó orvosi leírás, kórházi zárójelentés (idő előtti hazaútnál az itthon tartózkodó rokoné)
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezeléssel és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Rendőrségi jelentés közlekedési baleset esetén
- Eredeti számla a hazaútról, légi utazás esetén beszállókártya, taxi számla, vonatjegy, buszjegy
- Üzemanyagköltség elszámolásához: forgalmi engedély másolata, útvonal leírása

A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA (aláhúzó):

Postai úton lakcímrre HUF-ban:

Név:

Lakcím:

Banki átutalással:

Számlatulajdonos neve:

Állandó lakcíme:

Bank neve:

Bankszámlaszám (Forint): □□□□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□□□□

Devizaszámla esetén deviza neve: SWIFT(BIC) kód:

IBAN szám:

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.

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre juttassa el:

karrendezes@europ-assistance.hu e-mail címre

Europ Assistance Magyarország Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324

Dátum: Biztosított / törvényes képviselő aláírása: