

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!

Biztosító tölti ki!

Beérkezés ideje: _____

Kárszám: _____

KÉRJÜK A NYOMTATVÁNYT NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) tölti ki.

Biztosított neve: _____ Születési ideje:

Telefon/Fax száma: (ahol elérhető): _____ Állampolgársága: _____

Állandó lakcíme: _____

Levelezési címe (ha az előbbtől különbözik): _____

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? Nem Igen Hol? _____

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

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

A KÜLFÖLDÖN TARTÓZKODÁS IDŐTARTAMA: 200 - 200 -ig

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

Mikor történt a telefonos bejelentés? 200 óra perc

Ki volt a bejelentő? _____ Milyen telefonszámról? _____

A megbetegedés/baleset helye (ország, város): _____ Ideje: 200

Milyen problémával/tünetekkel fordult orvoshoz? _____

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

Mikor észlelte először a tüneteket? 200 Mikor fordult orvoshoz? 200

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

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

Baleset részletes leírása: _____

Amennyiben közlekedési baleset történt, kérjük az alábbiakat is töltsse ki!

A gépjármű (amivel utazott) rendszáma, típusa: _____

A gépjármű felelősségbiztosítójának neve, címe: _____

A biztosítási kötvény száma: _____ Rendelkezik-e casco biztosítással? Igen Nem

Ha igen, melyik biztosítónál? _____ Biztosítási kötvény száma: _____

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

Kérjük, fordítson!

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"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. <input type="text"/>	<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!

Mellékletek: Utasbiztosítási kötvény: _____ db Rendőrségi jegyzőkönyv: _____ db

Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: _____ db Egyéb iratok: _____ db

A FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM (a szolgáltatási igény elbírálása 15 nap):

Pénztáron keresztül* csak forint fizetőeszközben igényelhető (50.000 Ft-ig), (Európai Utazási Biztosító Zrt. 1132 Budapest, Váci út 36–38.)

Név: _____ Cím:

Postán* csak forint fizetőeszközben igényelhető (Kérjük adja meg kinek a nevére, címére!)

Név: _____ Cím:

Banki átutalással* forint fizetőeszközben **Devizában** (Csak devizaszámlára lehetséges!) **Pénznem**

Számlatulajdonos neve: _____

Állandó lakcíme:

Bank neve: _____ Bankszámlaszám: - -

***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: _____

- Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat – beleértve a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat is – beszeresse és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem a személyes és egészségügyi adataimat kezelő intézményeket, illetve személyeket a titoktartási kötelezettség alól.
- Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: 200

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