

Utاسبiztosítási kárbejelentő (Egészségügyi segítségnyújtás és biztosítási szolgáltatás iránti igény bejelentésére)

Biztosítási módozat:

- Minimum
- Optimum
- Prémium
- Belföldi utاسبiztosítás
- Külföldön dolgozók/tanulók

Kárügyének gyors és hatékony rendezése érdekében kérjük, hogy a biztosítási szerződése alapján, azzal összhangban, pontosan és olvashatóan töltsse ki a Kárbejelentő nyomtatványt, és mellékelje az Ügyfél-tájékoztató és biztosítási feltételekben felsorolt kárrendezéshez szükséges iratokat.

Mellékletek száma:

Biztosított adatai	
Név: _____	
Születési idő:	Állampolgárság: _____
Útleveleszám:	Szerződés száma:
Irányítószám:	Helység: _____
Utca, házszám, em., ajtó: _____	Telefon:

Törvényes képviselő adatai / Kiskorú Biztosított (18 év alatt) esetén	
Név: _____	
Születési idő:	Állampolgárság: _____
Irányítószám:	Helység: _____
Utca, házszám, em., ajtó: _____	Telefon:
Személyi ig. szám: _____	

Kártérítési igény bejelentése	
Az utazás időtartama: 2 0 - 2 0 -ig	
Történt-e a Europ Assistance Magyarország Kft. felé az utazás ideje alatt telefonon bejelentés? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Mikor? Bejelentő neve: _____
Megbetegedés / baleset helye (ország, város): _____	A kár időpontja:
Volt-e más biztosítónál utاسبiztosítása az utazás tartamára? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Biztosító neve: _____
Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegségre, balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Biztosító neve: _____
Más biztosító, cég, magánszemély felé él-e kárigénnyel az adott betegség/baleset kapcsán? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Cég, biztosító, magánszemély neve: _____

Betegség esetén kitöltendő! / Kérjük, mellékelje az orvosi vagy kórházi jelentést!		
Mikor fordult az utazás során orvoshoz?	Mikor észlelte először a tüneteket?	Hányszor járt orvosnál?
Milyen problémával fordult az utazás során orvoshoz? _____	Mentővel szállították orvoshoz/kórházba? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
Volt-e az utazás előtt meglévő betegsége? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Betegség neve: _____	
Kezelőorvos neve, elérhetősége: _____		

Baleset esetén kitöltendő! / Kérjük, mellékelje a baleseti jegyzőkönyv másolatát!	
A baleset időpontja:	Mentővel szállították orvoshoz/kórházba? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
A baleset részletes leírása: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Közlekedési baleset esetén kitöltendő! / Kérjük, mellékelje a gépjármű forgalmi engedélyének, a vezetői engedélynek, valamint a rendőrségi jegyzőkönyvnek a másolatát!	
Gépjármű (amivel utazott) típusa: _____	Gépjármű forgalmi rendszáma: _____
A gépjármű kötelező felelősségbiztosítójának neve: _____	A biztosítási szerződés száma: _____
Rendelkezik-e a gépjármű CASCO biztosítással? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Biztosító neve: _____
A biztosítási szerződés száma: _____	

Szerződés száma: | | | | | | | | | |

Kárszám: | | | | | | | | | |

Nyomtatvány szám: K 160711 10 1805

Külföldön felmerült költségek megtérítése / Kérjük, jelölje a megfelelő kockát, és mellékelje az orvosi leírást, eredeti orvosi számlá(ka)t, befizetést igazoló bizonylató(ka)t!

A külföldi gyógyító személy/intézmény elfogadta a biztosítási kötvényt, az orvosi kezelésért nem kellett fizetnem.

A külföldi gyógyító személy/intézmény nem fogadta el a biztosítási kötvényt, az orvosi kezelést én vagy hozzátartozóm fizette(m) meg.

1. A külföldi orvosi kezelés/gyógyszer Ön vagy hozzátartozója által fizetett költségei. / Kérjük, mellékelje a névre szóló eredeti számlá(ka)t, befizetést igazoló bizonylató(ka)t!

Összeg:	Pénznem:	Indoklás:
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____
11.	_____	_____

2. Egyéb költségeim (telefon, betegszállítás, stb.) / Kérjük, mellékelje a névre szóló eredeti számlá(ka)t, befizetést igazoló bizonylató(ka)t!

Összeg:	Pénznem:	Indoklás: (Mire vonatkozik a kifizetés, erre miért volt szükség?)
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____
11.	_____	_____

Igényelt összeg

Igényelt összes költség: (1+2) _____ Pénznem: _____

A felmerült költségek megtérítését az alábbi módon kérem

Postai úton (csak forintban lehetséges) <input type="checkbox"/>	Név: _____
Irányítószám: _____	Helység: _____
Utca, házszám, em., ajtó: _____	
Banki átutalással <input type="checkbox"/>	Forint fizetőszközben: <input type="checkbox"/>
Devizában: csak devizaszámmlára lehetséges <input type="checkbox"/>	Pénznem: _____
Számlatulajdonos neve: _____	Irányítószám: _____
Helység: _____	Utca, házszám, em., ajtó: _____
Bank neve: _____	Bankszámlaszám: _____

1. Alulírott kijelentem, hogy mindazokat az orvosokat, egészségügyi intézményeket, akik egészségi adataimat kezelik, a Magyar Posta Biztosító Zrt.-vel szemben az orvosi titoktartás alól felmentem, abból a célból, hogy a Biztosító az egészségi állapottal összefüggő adataimat a kárigény elbírálásával kapcsolatos eljárása érdekében megismerje és felhasználja.

2. Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Keltezés, aláírás

Dátum: _____ Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: _____ Kedvezményezett aláírása: _____