

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"/>				

Utashbiztosítási 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	
	Tényleges külföldi tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>	-tól	<input type="text"/>	-ig
	Tervezett külföldi tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>	-tól	<input type="text"/>	-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?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	A káresemény kapcsán más biztosító / cég / magánszemély felé nyújtott-e be kárigényt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Biztosító / cég / magánszemély neve:	<input type="text"/>			
	Lezárta-e a biztosító / cég a benyújtott kárt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		
	Történt-e kárkifizetés, milyen összegben?	<input type="text"/>			
	Érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkezett-e a káresemény napján?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem		

Káresemény	Káresemény időpontja (óra, perc) / (betegség esetén tünetek/panaszok észlelésének kezdete):	<input type="text"/>				
	Káresemény helyszíne: Ország:	<input type="text"/>	Város:	<input type="text"/>		
	Káresemény jellege:	<input type="checkbox"/> Sürgősségi orvosi ellátás / fogászati kezelés	Hányszor járt orvosnál?	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Sürgősségi kórházi kezelés	Hány napot töltött kórházban?	<input type="text"/>		
		<input type="checkbox"/> Betegszállítás, mentés külföldön				
		<input type="checkbox"/> Hazaszállítás				
		<input type="checkbox"/> Idő előtti hazautazás				
		<input type="checkbox"/> Holttest hazaszállítása				
	Történt-e rendőrségi helyszínelés:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	Illetékes rendőrség adatai:	<input type="text"/>	
	Közlekedési baleset esetén: Gépjármű forgalmi rendszáma:	<input type="text"/>	Típusa:	<input type="text"/>		
Gépjármű kötelező felelősségbiztosítójának neve:	<input type="text"/>	Kötvényszám:	<input type="text"/>			
A Biztosított (elhunyt) személy közlekedési balesetben való részvételének minősége:	<input type="checkbox"/> gyalogos	<input type="checkbox"/> utas	<input type="checkbox"/> gépjárművezető			
Káresemény leírása:	<input type="text"/>					
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

- egészségügyi segítségnyújtás
 utazási segítségnyújtás
 balesetbiztosítás
 részleges egészségkárosodás
 100%-os maradandó egészségkárosodás
 balesetből vagy közlekedési balesetből eredő haláleset

Szolgáltatás / jogcím	Összeg	Pénznem	Biztosított fizette	Nem a biztosított fizette
Kárigény összesen:				

 Átutalással forintban:
Számlatulajdonos neve: Számlasszám:
 Átutalással devizában:
Számlatulajdonos neve: Bankszámlaszám devizaneme: IBAN-szám: SWIFT-kód / BIC kód:

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)