

Biztosított adatai	Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselője tölti ki) neve:	<input type="text"/>			
	Születési hely és dátum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Telefon:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>	
	Állandó lakcím:	<input type="text"/>			
	Levelezési cím:	<input type="text"/>			
	Gépjármű vezetője volt:	<input type="checkbox"/>	utasa volt:	<input type="checkbox"/>	A gépjárműben utazó KöBE biztosítottak száma:

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

Biztosított gépjármű adatai	Biztosított gépjármű rendszáma:	<input type="text"/>	Típusa:	<input type="text"/>
	Gépjármű tulajdonosának neve és címe (amennyiben nem azonos a Biztosítottal):	<input type="text"/>		
	Gépjármű üzemeltetőjének neve és címe (amennyiben nem azonos a Biztosítottal):	<input type="text"/>		
	Felelősségbiztosító neve:	<input type="text"/>		
	CASCO biztosító neve (amennyiben rendelkezik):	<input type="text"/>		
Történt-e bejelentés márka assistance-hoz?	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem

Káresemény	Az eredetileg tervezett külföldön tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>					
	Tényleges külföldön tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>					
	Utazás jellege:	<input type="checkbox"/>	magán	<input type="checkbox"/>	üzleti	<input type="checkbox"/>	egyéb
	Történt-e a Europ Assistance felé telefonon bejelentés a külföldi tartózkodás alatt?	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem		
	Káresemény (műszaki meghibásodás / közlekedési baleset) helyszíne (utca, házszám, ill. út, km-kód):	<input type="text"/>					
	Káresemény dátuma és időpontja (óra, perc):	<input type="text"/>					
	Történt-e rendőrségi helyszínelés:	<input type="checkbox"/>	igen	<input type="checkbox"/>	nem		
	Illetékes rendőrség adatai:	<input type="text"/>					
	Káresemény részletes leírása:	<input type="text"/>					
	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						

Külföldön felmerült költségek	Szolgáltatás / jogcím	Összeg	Pénznm	Biztosított fizette	Nem a biztosított fizette
		Kárigény összesen:			

A kártérítési összeg kifizetésének módja	<input type="checkbox"/> Átutalással forintban:			
	Számlatulajdonos neve:			
	Számlaszám:			
	<input type="checkbox"/> 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, adókátyámról, TAJ kártyámról fénymásolatot készítsen, vagy az általam rendelkezésre bocsátott fénymásolatokat tárolja, kezelje a szolgáltatással kapcsolatosan.

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 kapcsolatosan.

Személyi sérüléssel kár esetén 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)