

Biztosított adatai	Biztosított neve:	<input type="text"/>	Születési dátuma:	<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"/>
	Anyja neve:	<input type="text"/>		
	Címe:	<input type="text"/>		

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

Utazással és káreseménnyel kapcsolatos egyéb adatok	Utazás jellege:	<input type="checkbox"/> társas	<input type="checkbox"/> egyéni	<input type="checkbox"/> üzleti út / kiküldetés
	Külföldi tartózkodás időtartama:	<input type="text"/>		
	Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről az SOS Assistance Hungary Kft. felé?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
	Más biztosítónál az utazás tartamára volt-e utasbiztosítása?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
	Más biztosító / fuvarozó (légitársaság) / cég / magánszemély felé nyújtott-e be kárigényt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
	Biztosító / fuvarozó (légitársaság) / cég / magánszemély neve:	<input type="text"/>		
	Lezárta-e a biztosító / légitársaság / cég / magánszemély a benyújtott kárigényt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
	Történt-e kártérítés kifizetése, milyen összegben?	<input type="text"/>		
	Gépjármű forgalmi rendszáma:	<input type="text"/>		
	Típusa:	<input type="text"/>		

Káresemény	Káresemény dátuma, illetve észlelésének időpontja (óra, perc):	<input type="text"/>		
	Káresemény helyszíne: Ország:	<input type="text"/>	Város:	<input type="text"/>
	Káresemény jellege:	<input type="checkbox"/> Poggyász eltulajdonítása, ellopása, tartalmának hiányos megérkezése		
	<input type="checkbox"/> Poggyász sérülése légi utazás során			
	<input type="checkbox"/> Poggyászkésés	Átvétel ideje (év, hónap, nap és óra):	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Poggyász (közúti) balesetből eredő sérülése			
	Történt-e rendőrségi intézkedés:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
	Illetékes rendőrség adatai:	<input type="text"/>		
	Káresemény rövid leírása:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>			

Tételes kárigény	Eltulajdonított vagy károsult tárgy(ak) leírása, jellemzői, márkája	Vásárlás éve	Darab	Beszerezési ár (Forint)
	Kárigény összesen:			

A kártérítési összeg kifizetésének módja	<input type="checkbox"/> Átutalással forintban:	Számlatulajdonos neve: <input type="text"/>		
		Számlaszám: <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Átutalással devizában:	Számlatulajdonos neve: <input type="text"/>		
		Bankszámlaszám devizaneme: <input type="text"/>	IBAN-szám: <input type="text"/>	
		SWIFT-kód / BIC kód: <input type="text"/>		

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, lakcímkártyám címet tartalmazó oldaláról fénymásolatot készítsen, vagy az általam rendelkezésre bocsátott fénymásolatokat tárolja, kezelje a szolgáltatással kapcsolatban. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító adóazonosító jeletem, adószámomat és TAJ-számomat 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 károsult 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:**