

**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!

Kárszám: \_\_\_\_\_

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a [www.eub.hu](http://www.eub.hu) oldalon is megtekintheti.

**Biztosított adatai:**

Biztosított neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje:

Telefon/fax száma (ahol elérhető): \_\_\_\_\_ e-mail címe: \_\_\_\_\_

E-mail címem megadásával hozzájárulok, hogy a Biztosító az ügyintézés során valamennyi küldeményét a megadott email címre küldje meg.

Állandó lakcíme:     \_\_\_\_\_

Levelezési címe (ha az előbbtől különbözik):     \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_ Utasbiztosítási kötvény száma: \_\_\_\_\_ Termék neve: \_\_\_\_\_

**TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:**

Alulírott (név): \_\_\_\_\_ Születési idő:

Lakcím:     \_\_\_\_\_ Szem.ig.sz.:

kijelentem, hogy (kiskorú neve) \_\_\_\_\_ kiskorú törvényes képviselője vagyok.

Volt-e más utasbiztosítása is az utazás időtartamára? Igen  Nem  Ha igen, hol? \_\_\_\_\_

Van más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegsége/balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet?

Igen  Nem  Ha igen, hol? \_\_\_\_\_

Él kárigénnyel más biztosító, cég vagy magánszemély felé az adott betegsége/balesetre vonatkozóan? Igen  Nem

Tervezett külföldön tartózkodás időtartama: 20       - 20       -ig

Tényleges külföldön tartózkodás időtartama: 20       - 20       -ig

A kiutazás és az eredetileg tervezett hazautazás módja: \_\_\_\_\_

Rendelkezett-e az utazás tartama alatt érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával? Igen  Nem

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

Mikor történt a telefonos bejelentés? 20       óra   perc

Ki volt a bejelentő? \_\_\_\_\_ Milyen telefonszámról? \_\_\_\_\_

A megbetegedés/baleset helye (ország, város): \_\_\_\_\_ Ideje: 20

Hányszor járt külföldön orvosnál? \_\_\_\_\_ Amennyiben külföldön kórházba utalták, hány éjszakát töltött bent? \_\_\_\_\_

Mikor észlelte először a tüneteket? 20       Mikor fordult orvoshoz? 20

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

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

Baleset / megbetegedés részletes leírása: \_\_\_\_\_

**Amennyiben közlekedési baleset történt, kérjük az alábbiakat is töltsse ki!** Történt-e rendőrségi intézkedés? Igen  Nem

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: \_\_\_\_\_ Típusa: \_\_\_\_\_

Gépjármű vezetője volt  Utasa volt

Felelősségbiztosítójának neve, címe: \_\_\_\_\_ Kötvény száma: \_\_\_\_\_

Rendelkezik-e casco biztosítással? Igen  Nem  Ha igen, melyik biztosítónál? \_\_\_\_\_

Casco biztosítási kötvény száma: \_\_\_\_\_

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

## KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSE



Az orvosi kezelésért nem kellett fizetnem.



Én (vagy hozzátartozóm) fizette(m) ki az alábbi költségeket:

Összeg:

Pénznem:

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

Mire vonatkozik a kifizetés?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Az igényelt összes költség:

Pénznem:

Kérjük, mellékelje az orvosi leírást, eredeti orvosi számlá(ka)t, befizetést igazoló bizonylato(ka)t!

A FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM:



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

Név: \_\_\_\_\_ Cím:

Banki átutalással\*



Forint fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme:

Bank neve: \_\_\_\_\_ Bankszla.sz.:  -  -



Devizában (csak devizaszámlára lehetséges)

Pénznem:

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme:

Bank neve: \_\_\_\_\_

IBAN szám: \_\_\_\_\_ SWIFT (BIC)-kód: \_\_\_\_\_

**Mellékletek:** Biztosítási kötvény: \_\_\_\_\_ db Jegyzőkönyv: \_\_\_\_\_ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: \_\_\_\_\_ db Egyéb iratok \_\_\_\_\_ db  
Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

**\*AMENNYIBEN NEM A SAJÁT RÉSZÉRE KÉRI, 2 TANÚ ALÁÍRÁSA SZÜKSÉGES MÉG A FELHATALMAZÁS HITELESSÉGÉHEZ. FELHÍVJUK FIGYELMÉT, HOGY A KIFIZETÉS CÍMZETTJE NEM LEHET TANÚ!**

Tanú I. Név: \_\_\_\_\_ Tanú II. Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Lakcím: \_\_\_\_\_

Szem. ig. szám: \_\_\_\_\_ Szem. ig. szám: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_

Dátum: 20     Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: \_\_\_\_\_

**A szolgáltatási igénybejelentéshez kérjük az alábbi nyilatkozat kitöltését és aláírását is!**

## **NYILATKOZAT A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉSHEZ**

**Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a birtokába került egészségügyi adataimat a szolgáltatási igény elbírálása céljából kezelje.**

**Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségügyi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, illetve a részére kiszervezett tevékenységet végző orvosszakértőknek, egészségügyi szolgáltatóknak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.**

**A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a [www.eub.hu](http://www.eub.hu) oldalon is megtekintheti.**

**Dátum:**

**A biztosított, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére vagy élettársa) aláírása. Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) aláírása.**

.....  
**Aláírás**

**Tanú 1**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**

**Tanú 2**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**