

Tisztelt Ügyfelünk!

A külföldön történt poggyászkárára vonatkozóan kérjük, juttassa el irodánk fenti címére az alábbi nyomtatványt a kért iratokkal együtt. A hiánytalanul kitöltött nyomtatvány visszaküldése a további kárrendezés feltétele. Együttműködését köszönjük!

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 oldalon is megtekintheti.

Kérjük, hogy minden károsult (kiskorú esetén törvényes képviselője) külön nyomtatványt töltsön ki.

KÉRJÜK A NYOMTATVÁNYT NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____ E-mail címe: _____

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

ÁLLAMPOLGÁRSÁGA: _____ SZÜLETÉSI DÁTUMA:

TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____ UTASBIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNYÉNEK SZÁMA, TERMÉK NEVE: _____

ÁLLANDÓ LAKCÍME:

LEVELEZÉSI CÍME (HA AZ ELŐBBITŐL KÜLÖNBÖZIK):

**TÖRVÉNYES
KÉPVISELŐ
ADATAI**

kiskorú biztosított
(18 év alatti) esetén:

NÉV: _____ SZÜL. IDŐ: _____

LAKCÍM:

UTAZÁS JELLEGE: Egyéni Társas (utazási iroda által szervezett) Utazási iroda neve, címe: _____

A külföldön tartózkodás időtartama: 20 - 20 -ig

Történt-e az EUB vagy EUB ASSISTANCE felé a külföldön tartózkodás ideje alatt az telefonon bejelentés? Ki volt a bejelentő? _____

Nem Igen Ha igen, mikor? _____ Milyen telefonszámról? _____

Volt-e más biztosítónál utazásbiztosítása az utazás időtartamára?

Nem Igen Ha igen, hol? _____

Más biztosító, cég (pl.: légitársaság) vagy magánszemély felé él-e szolgáltatási igénnyel az adott poggyászkárra vonatkozóan?

Nem Igen Cég, biztosító, magánszemély neve? _____

Biztosítási esemény bekövetkezésének helye: Ország _____ Város (lehetőleg pontos cím): _____

Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: 20 hónap nap óra perc

A kár felfedezésének időpontja: 20 hónap nap óra perc

A kár bejelentésének időpontja (a szakhatóság felé): 20 hónap nap óra perc

Szakhatóság neve, címe, ahol a bejelentést tette: _____

Biztosítási esemény jellege: útipoggyász ellopása, elrablása gépjárműből egyéb tetőcsomagtartó doboz kesztyűtartó csomagtartó utastér kamion vezetőfülkéje egyéb _____

**Kérjük, mellékelje
a külföldön felvett hivatalos
rendőrségi jegyzőkönyvet!**

útipoggyász balesetből eredő sérülése
 útipoggyász közúti balesetből eredő sérülése
 útipoggyász elemi csapásból eredő sérülése

A társaság az ISVAP által vezetett Biztosítási Csoportok Nyilvántartásába bejegyzett Generál Csoporthoz tartozik.

AMENNYIBEN GÉPJÁRMŰBEN LÉVŐ POGGYÁSZT ÉRINTŐ KÁR TÖRTÉNT:	A gépjármű-tulajdonos neve: _____
	A gépjármű-tulajdonos címe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____
	A gépjármű forgalmi rendszáma: _____ Típusa: _____
	A gépjármű kötelező felelősségbiztosítójának neve: _____ Kötvényszám _____
	A gépjármű casco biztosítójának neve: _____ Kötvényszám _____

A káresemény részletes leírása (a leírás külön lapon folytatható):

Károsult vagy eltulajdonított tárgyak tételes felsorolása, amelyekre vonatkozóan szolgáltatási igényt nyújtok be			
db/pár	A tárgy megnevezése (típusa, leírása, ismertetőjegyei)	Vásárlás ideje (év, hol, ill. kitől?)	Eredeti vételára

A biztosító tölti ki!	
Értécsökkenés %-a	Kártérítési összeg

A felsorolás – a fent megjelölt tartalommal – külön lapon folytatható.

Amennyiben a fenti tárgyak csomagban voltak, kérjük adja meg az eltulajdonított csomagok számát: db

A BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM

Banki átutalással*

Számlatulajdonos neve: _____

Állandó lakcíme: _____

Bank neve: _____

Bankszámlaszám: - -

Melléletek: Utasbiztosítási kötvény: _____ db Jegyzőkönyv: _____ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: _____ db Egyéb iratok _____ db

Tanú I. Név: _____ Tanú II. Név: _____

Lakcím: _____ Lakcím: _____

Alulírott biztosított (vagy jelen nyomtatványon feltüntetett törvényes képviselője) kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

***AMENNYIBEN A BIZTOSÍTOTT / KISKORÚ BIZTOSÍTOTT ESETÉN JELEN NYOMTATVÁNYON FELTÜNTETETT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NEM SAJÁT RÉSZÉRE KÉRI A KIFIZETÉST. ZTANÚ ALÁÍRÁSA SZÜKSÉGES MÉG A FELHATALMAZÁS HITELESSÉGÉHEZ. FELHÍVJUK FIGYELMÉT, HOGY A KIFIZETÉS CÍMZETTJE NEM LEHET TANÚ!**

Dátum: 20 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: _____
---	--