

**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: \_\_\_\_\_

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: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] SZEM. IG. SZÁMA/ÚTLEVÉL SZÁMA: \_\_\_\_\_

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

ÁLLANDÓ LAKCÍME: [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_

LEVELEZÉSI CÍME (HA AZ ELŐBBITŐL KÜLÖNBÖZIK): [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_

FOGLALKOZÁSA: \_\_\_\_\_ MUNKAHELYÉNEK NEVE, CÍME: \_\_\_\_\_

**TÖRVÉNYES  
KÉPVISELŐ  
ADATAI**

kiskorú biztosított  
(18 év alatti) esetén:

NÉV: \_\_\_\_\_ SZÜL. IDŐ: \_\_\_\_\_

LAKCÍM: [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_ SZEM. IG. SZÁM: \_\_\_\_\_

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.

<b>AMENNYIBEN GÉPJÁRMŰBEN Ő LÉVŐ POGGYÁSZT ÉRINTŐ KÁR TÖRTÉNT:</b>	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

Postán\* (Kérjük, adja meg kinek a nevére, címére!)

Név: \_\_\_\_\_  
Cím:     \_\_\_\_\_

Banki átutalással\*

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_  
Állandó lakcíme:     \_\_\_\_\_

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

Bankszámlaszám:  -  -

**Mellékletek:** Utasbiztosítási kötvény: \_\_\_\_\_ db Jegyzőkönyv: \_\_\_\_\_ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: \_\_\_\_\_ db Egyéb iratok \_\_\_\_\_ db

Tanú I. Név: \_\_\_\_\_  
Lakcím:     \_\_\_\_\_

Tanú II. Név: \_\_\_\_\_  
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. 2 TANÚ 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: _____
---	--