

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: _____

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 töltse 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: _____

Alíírás: _____ Alíírás: _____

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 az egészségügyi és személyes adataimat kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adataimat a biztosító írásbeli megkeresésére a biztosítónak átadják, és egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító írásbeli megkeresése tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is. (A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.) Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.

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 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

Tanú 2

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: