

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!

Beérkezés ideje: _____

Kárszám: _____

Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) tölti ki.Biztosított neve: _____ Születési ideje:

Telefon/Fax száma: (ahol elérhető): _____ Állampolgársága: _____

Állandó lakcíme: _____Levelezési címe (ha az előbbtől különbözik): _____

Utasbiztosítás neve, azonosító száma: _____

(pl. kötvényszám, kártyaszám, bankkártya száma + bank neve)

Kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén a törvényes képviselő (pl. szülő) adatai:Alulírott (név): _____ Születési idő: Lakcím: _____ Szem.ig.sz.: _____

kijelentem, hogy (kiskorú neve) _____ kiskorú törvényes képviselője vagyok.

Volt-e más biztosítónál is utasbiztosítása az utazás tartamára? Nem ☐ Igen ☐ Hol? _____Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegségre/balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet? Nem ☐ Igen ☐ Hol? _____Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel az adott betegség/baleset vonatkozásában? Nem ☐ Igen ☐A KÜLFÖLDÖN TARTÓZKODÁS IDŐTARTAMA: 200 - 200 -igTörtént-e az EUB vagy az EUB Assistance felé a külföldön tartózkodás ideje alatt telefonon bejelentés? Nem ☐ Igen ☐Mikor történt a telefonos bejelentés? 200 óra perc

Ki volt a bejelentő? _____ Milyen telefonszámról? _____

A megbetegedés/baleset helye (ország, város): _____ Ideje: 200

Milyen problémával/tünetekkel fordult orvoshoz? _____

Hányszor járt orvosnál? _____ Amennyiben kórházba utalták, hány éjszakát töltött bent? _____

Mikor észlelte először a tüneteket? 200 Mikor fordult orvoshoz? 200 Van-e meglévő krónikus betegsége? Nem ☐ Igen ☐ Ha igen, kérjük adja meg a betegsége nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét: _____Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? mentővel ☐ helikopterrel ☐ hegyi mentővel ☐ egyéb módon: _____

Baleset részletes leírása: _____

Amennyiben közlekedési baleset történt, kérjük az alábbiakat is töltse ki!

A gépjárművel (amivel utazott) rendszáma, típusa: _____

A gépjármű felelősségbiztosítójának neve, címe: _____

A biztosítási kötvény száma: _____ Rendelkezik-e casco biztosítással? Igen ☐ Nem ☐

Ha igen, melyik biztosítónál? _____ Biztosítási kötvény száma: _____

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

Dátum: 200.....

Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) **aláírása:**