



UTASBIZTOSÍTÁS BETEGSÉGI ÉS BALESETI KÁRBEJELENTŐ

1. Alapadatok

- a. Szerződésszám: _____,
vagy bankkártyához kapcsolódó biztosítás esetén a bankkártya száma: _____
- b. Szerződő neve: _____
- c. Külföldön tartózkodás tartama: _____. _____. _____-tól _____. _____-ig
- d. Utazás jellege: turista látogató üzleti tanuló tartósan külföldön él
 egyéb: _____

2. Károsult biztosított adatai

- a. Biztosított neve: _____
- b. Születési dátum: _____. _____. _____.
- c. Levelezési cím: _____
_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
- d. Telefonszám: _____ - _____
- e. E-mail cím: _____

3. Sürgősségi ellátást igénylő baleset adatai

- a. Megbetegedés vagy baleset időpontja: _____. _____. _____.
- b. Helye: _____
- c. Baleset körülményeinek leírása: _____

- d. Sérült testrész: _____
- e. Történt-e rendőri intézkedés? igen nem
- f. Betegség tüneteinek leírása: _____

- g. Diagnózis: _____
- h. Hová fordult panaszával (orvos, rendelő, kórház): _____
- i. Amennyiben kórházi ápolásban részesült:
- i/1. Külföldi kórházi felvétel ideje: _____. _____. _____ Elbocsátás ideje: _____. _____. _____.
- i/2. Magyarországi kórházi felvétel ideje: _____. _____. _____ Elbocsátás ideje: _____. _____. _____.
- i/3. Milyen módon került az egészségügyi intézménybe? taxi mentő gépkocsi egyéb: _____
- j. Felvette a kapcsolatot segélyszolgálatunkkal? igen nem
- j/1. Kapcsolatfelvétel időpontja: _____. _____. _____.
- j/2. Milyen intézkedés történt? _____

4. Kárigényre vonatkozó adatok

a. Külföldi tartozását kiegyenlítette-e? igen nem részben

Ha a tartozás egy részét vagy egészét kiegyenlítette

b. Az Ön által kifizetett számlák összege: _____ (pénznem) _____

c. Az összeg banki utalását kérem forintban

c/1. Számlatulajdonos neve: _____

c/2. Bank neve: _____

c/3. Számlaszám: _____ - _____ - _____

d. Az összeg postai kézbesítését kérem forintban

d/1. Név: _____

d/2. Lakcím: _____

_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

Ha tartozását csak részben vagy egyáltalán nem egyenlítette ki

e. A kifizetetlen számlák összege: _____ (pénznem) _____

f. Kifizetésre jogosult külföldi személy vagy szolgáltató adatai:

f/1. Név: _____

f/2. Cím: _____

_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

f/3. Számlavezető bank neve: _____

f/4. Számlaszám: _____ - _____ - _____

g. Nyújtott be máshol kárigényt? igen nem

Ha igen hol: _____

mikor: _____ . _____ . _____ .

kinek: _____

h. Kapott kártérítési összeget? nem igen, összege: _____ (pénznem) _____

5. Nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek. **Tudomásul veszem**, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

Felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosított jogviszony létrejöttével, módosításával, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő adataimat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-aiban, valamint 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. **Egyúttal felmentem** az ezen adatokat kezelő intézményeket és személyeket (egészségügyi intézmény, házi orvos) titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított: hozzájárulok

Hozzájárulok, hogy a biztosító jelen káresemény rendezése céljából, a káreseménnyel összefüggésben a rendőrségi, illetve az ügyészségi, bírósági iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

Biztosított: hozzájárulok

Tájékoztatom, hogy a kár bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a kárigény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján (www.groupama.hu), valamint ügyfélszolgálati irodáiban elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

6. Csatolt dokumentumok

Az alábbi dokumentumokat mellékelem:

orvosi igazolás

zárójelentés

orvosi számla

gyógyszervásárlási számla

mentő- vagy taxiszámla

baleset esetén rendőrségi baleseti helyszíni jegyzőkönyv

igazolás sibirlet vásárlásról (érvényességi időtartam, érték és vásárlás időpontjának megjelölésével)

egyéb: _____

Levelezési cím: Groupama Biztosító Zrt. 1380 Budapest, Pf. 1049

Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

károsult biztosított vagy meghatalmazottja
aláírása