

BETEGSÉG / BALESETBIZTOSÍTÁSI KÁRBEJELENTŐ

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT EGÉSZSÉGÜGYI KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSÉRE

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy a kárbejelentőt gondosan olvassa el, és értelemszerűen töltsé ki! Az utasbiztosítási kötvény feltételeiben felsorolt iratokat, kérjük, mellékelje a kárbejelentőhöz!

| BIZTOSÍTOTT ADATAI | | | |
|--|--|------------|---------------------|
| Kötvényszám: | | | |
| Neve: | | | Születési neve: |
| Születési helye: | | | Születési ideje: |
| Anyja születési neve: | | | |
| Személyazonosító okmány típusa: | <input type="checkbox"/> Régi típusú személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Új típusú személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Útleveél <input type="checkbox"/> Új típusú vezetői engedély <input type="checkbox"/> Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány | | |
| Személyazonosító okmány száma: | | | Lakcímkártya száma: |
| <input type="checkbox"/> Nem rendelkezem lakcímkártyával | | | |
| Lakcím irányítószám: | | Település: | |
| Közterület: | | Házszám: | Emelet: Ajtó: |
| Levelezési cím irányítósz.: | | Település: | |
| Közterület: | | Házszám: | Emelet: Ajtó: |
| Állampolgársága: | Magyar: <input type="checkbox"/> | Egyéb: | |
| Telefon: | | | E-mail cím: |
| Munkahelye: | | | Foglalkozása: |

Kérjük, hogy kiskorú biztosított esetén töltsé ki a Melléklet 1. pontját is!

| BIZTOSÍTÁS TÍPUSA | |
|--|--|
| Biztosítás típusa: | <input type="checkbox"/> egyéni <input type="checkbox"/> társas / csoportos <input type="checkbox"/> bankkártyához kapcsolódó <input type="checkbox"/> vállalati |
| Biztosítási termék és módozat megnevezése: | |
| Bankkártyaszám: | Bank neve: |

| AZ UTAZÁS JELLEGE, IDŐTARTAMA | |
|--|---|
| Az utazás jellege: | <input type="checkbox"/> egyéni <input type="checkbox"/> társas <input type="checkbox"/> tanulmányút / ösztöndíj <input type="checkbox"/> munka |
| Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: | Kezdetre: Végre: |
| Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: | Kezdetre: Végre: |

| KÁRESEMÉNY | |
|---|--|
| Megbetegedés vagy baleset helye: | Ország: Város: |
| Megbetegedés vagy baleset ideje: | óra perc |
| Milyen betegség (panasz) tette szükségessé az orvosi ellátást? | |
| Mikor észlelte először a tüneteket? | Mikor fordult orvoshoz? |
| Hányszor járt orvosnál? | Kórházi ellátás esetén a kórházban töltött éjszakák száma: |
| Orvoshoz / kórházba szállítás módja? | <input type="checkbox"/> mentőautó <input type="checkbox"/> mentőhelikopter Kezelték-e korábban ezzel a betegséggel? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> egyéb Van-e meglévő krónikus betegsége? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| Ha igen, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét: | |
| Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegségre / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Ha igen, akkor hol? |
| Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel fenti betegség / baleset kapcsán? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |
| Az Assistance Szolgáltatnak bejelentették-e az eseményt? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Ha igen, mikor? |
| Az utazás tartama alatt rendelkezett Európai Egészségbiztosítási Kártyával? | <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |

Érvényes: 2022. január 1.

Ügyfélszolgálat: CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.

telefon: +36 1 5 100 200
email: ugyfelszolgalat@cig.eu

FELMERÜLT KÖZVETLEN KÖLTSÉGEK KIEGYENLÍTÉSE

| | | | | |
|--|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt | | | | |
| Személy / intézmény neve: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Én fizettem ki a helyszínen | | | | |
| Közvetlen költségek összege: | | Pénzneme: | | Indoklás: |

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT EGYÉB KÖLTSÉGEK

| | | | | |
|--------------------------|--|-----------|--|-----------|
| Egyéb költségek összege: | | Pénzneme: | | Indoklás: |
|--------------------------|--|-----------|--|-----------|

AZ ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

| | | | | |
|---|--|------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Postán | | | | |
| Neve: | | | | |
| Lakcím irányító sz.: | | Település: | | |
| Közterület: | | Hákszám: | | Emelet: Ajtó: |
| <input type="checkbox"/> Banki átutalással forint fizetőeszközben <input type="checkbox"/> Banki átutalással deviza fizetőeszközben | | | | |
| Számlatulajdonos neve: | | | | |
| Bank neve: | | | | |
| Számlaszám: | | | | |
| IBAN (Deviza fizetőeszköz esetén): | | | | |
| SWIFT kód (Deviza fizetőeszköz esetén): | | | | |

Amennyiben a kifizetést más részére kéri, a kedvezményezett adatait a Melléklet 2. pontjában adhatja meg.

Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Felhatalmazom a biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat beszeresse és nyilvántartsa, továbbá külföldön történt megbetegedéssel, balesetével és annak előzményeivel kapcsolatban vizsgáló- és kezelőorvosaimat felmentem az orvosi titoktartás alól.

Kelt: _____ 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap

Biztosított aláírása

A KÁRIGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ SZÜKSÉGES IRATOK

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> utasbiztosítási kötvény | <input type="checkbox"/> befizetési bizonylat | <input type="checkbox"/> eredeti számla | <input type="checkbox"/> orvosi iratok | <input type="checkbox"/> eredeti jegyzőkönyv | <input type="checkbox"/> egyéb |
|--|---|---|--|--|--------------------------------|

MELLÉKLET

| TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI KISKORÚ BIZTOSÍTOTT ESETÉBEN | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---------------------|--|-----------------------------------|--|-------|
| Alulírott: | | | | | Születési neve: | | | | |
| Születési helye: | | | | | Születési ideje | | | | |
| Anyja születési neve: | | | | | | | | | |
| Személyazonosító okmány típusa: | <input type="checkbox"/> Régi típusú személyi igazolvány | | | <input type="checkbox"/> Új típusú személyi igazolvány | | | <input type="checkbox"/> Útleveél | | |
| | <input type="checkbox"/> Új típusú vezetői engedély | | | <input type="checkbox"/> Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány | | | | | |
| Személyazonosító okmány száma: | | | | | Lakcímkártya száma: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nem rendelkezem lakcímkártyával | | | | | | | | | |
| Állandó lakcím irányítószám: | | | | Település: | | | | | |
| Közterület: | | | | | Házzszám: | | Emelet: | | Ajtó: |
| Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú biztosított törvényes képviselője vagyok. | | | | | | | | | |
| Kiskorú biztosított neve: | | | | | | | | | |

| KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI (AMENNYIBEN MÁS RÉSZÉRE KÉRI A KIFIZETÉST) | | | | | | | | | |
|---|---------|--------------------------|--------|------------|------------------|--|---------|--|-------|
| Neve: | | | | | Születési neve: | | | | |
| Születési helye: | | | | | Születési ideje: | | | | |
| Anyja születési neve: | | | | | | | | | |
| Állandó lakcím irányítószám: | | | | Település: | | | | | |
| Közterület: | | | | | Házzszám: | | Emelet: | | Ajtó: |
| Állampolgársága: | Magyar: | <input type="checkbox"/> | Egyéb: | | | | | | |

Kelt: _____ 2 | 0 | | év | | hó | | nap |

Biztosított / Törvényes
képviselőjének aláírása