

Betegség / balesetbiztosítási kárbejelentő

külföldön felmerült egészségügyi költségek megtérítésére

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy a kárbejelentőt gondosan olvassa el, és értelemszerűen töltsse 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"/> Útlevel					
	<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 irányító sz.:					Település:					
Közterület:					Házzszám:			Emelet:		Ajtó:
Levelezési cím irányító sz.:					Település:					
Közterület:					Házzszám:			Emelet:		Ajtó:
Állampolgársága:	Magyar:	<input type="checkbox"/>	Egyéb:							
Telefon:					E-mail cím:					
Munkahelye:					Foglalkozása:					

Kérjük, hogy kiskorú biztosított esetén töltsse 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							x	x	x	x	x	x	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:					Vége:			
Tényleges külföldi tartózkodás időtartama:	Kezdetre:					Vége:			

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:									

Érvényes: 2022. január 1-től.

 Ügyfélszolgálat: CIG Pannónia Első Magyar
 Általános Biztosító Zrt.

 levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
 e-mail: utas@cig.eu

 telefon: +36-1-5-100-100
 telefax: +36-1-209-9007

Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegségre / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénygel 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 Szolgálatnak 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		

FELMERÜLT KÖZVETLEN KÖLTSÉGEK KIEGYENLÍTÉSE

A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt

Személy / intézmény neve:

Én fizettem ki a helyszínen

Közvetlen költségek összege:

Pénzneme:

Indoklás:

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT EGYÉB KÖLTSÉGEK

Egyéb költségek összege:

Pénzneme:

Indoklás:

AZ ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postán

Neve:

Lakcím irányító sz.:

Település:

Közterület:

Házaszám:

Emelet:

Ajtó:

Banki átutalással forint fizetőeszközben 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

utasbiztosítási kötvény befizetési bizonylat eredeti számla orvosi iratok eredeti jegyzőkönyv 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 irányító sz.:		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 irányító sz.:		Település:							
Közterület:		Házzszám:		Emelet:		Ajtó:			
Állampolgársága:	Magyar:	Egyéb:							

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap

Biztosított / Törvényes képviselő
aláírása