

| | | | | | | |
|--------------------|--|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Biztosított adatai | Biztosított neve: | <input type="text"/> | Születési dátuma: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Anyja neve: | <input type="text"/> | | | | |
| | Állandó lakcím: | <input type="text"/> | | | | |
| | Levelezési cím: | <input type="text"/> | | | | |
| | Telefon: | <input type="text"/> | E-mail: | <input type="text"/> | | |
| | Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő adatai: | | | | | |
| | Neve: | <input type="text"/> | Születési dátuma: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Anyja neve: | <input type="text"/> | | | | |
| Címe: | <input type="text"/> | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------------|------|----------------------|-----|--|
| Utásbiztosítási szerződés adatai | Kötvény száma: | <input type="text"/> | | | | |
| | Érvényessége: | <input type="text"/> | -tól | <input type="text"/> | -ig | |

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---|-----|
| Utazással és káreseménnyel kapcsolatos egyéb adatok | Utazás jellege: | <input type="checkbox"/> társas | <input type="checkbox"/> egyéni | <input type="checkbox"/> üzleti út / kiküldetés | |
| | Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: | <input type="text"/> | -tól | <input type="text"/> | -ig |
| | Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: | <input type="text"/> | -tól | <input type="text"/> | -ig |
| | (amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás dátuma nem egyezik meg) | | | | |
| | Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé? | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem | | |
| | A káresemény kapcsán más biztosító / cég / magánszemély felé nyújtott-e be kárigényt? | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem | | |
| | Biztosító / cég / magánszemély neve: | <input type="text"/> | | | |
| | Lezárta-e a biztosító / cég a benyújtott kárt? | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem | | |
| | Történt-e kárkifizetés, milyen összegben? | <input type="text"/> | | | |
| | Érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkezett-e a káresemény napján? | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|----------------------|--|
| Káresemény | Káresemény időpontja (óra, perc) / (betegség esetén tünetek/panaszok észlelésének kezdete): | <input type="text"/> | | | | |
| | Káresemény helyszíne: Ország: | <input type="text"/> | Város: | <input type="text"/> | | |
| | Káresemény jellege: | <input type="checkbox"/> Sürgősségi orvosi ellátás / fogászati kezelés | Hányszor járt orvosnál? | <input type="text"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> Sürgősségi kórházi kezelés | Hány napot töltött kórházban? | <input type="text"/> | | | |
| | <input type="checkbox"/> Betegszállítás, mentés külföldön | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hazaszállítás | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Idő előtti hazautazás | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Holttest hazaszállítása | | | | | |
| | Történt-e rendőrségi helyszínelés: | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem | Illetékes rendőrség adatai: | <input type="text"/> | |
| | Közlekedési baleset esetén: Gépjármű forgalmi rendszáma: | <input type="text"/> | Típusa: | <input type="text"/> | | |
| Gépjármű kötelező felelősségbiztosítójának neve: | <input type="text"/> | Kötvényszám: | <input type="text"/> | | | |
| A Biztosított (elhunyt) személy közlekedési balesetben való részvételének minősége: | <input type="checkbox"/> gyalogos | <input type="checkbox"/> utas | <input type="checkbox"/> gépjárművezető | | | |
| Káresemény leírása: | <input type="text"/> | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | |

| | |
|------------------|---|
| Kárigény jellege | <input type="checkbox"/> egészségügyi segítségnyújtás |
| | <input type="checkbox"/> utazási segítségnyújtás |
| | <input type="checkbox"/> balesetbiztosítás |
| | <input type="checkbox"/> részleges egészségkárosodás |
| | <input type="checkbox"/> 100%-os maradandó egészségkárosodás |
| | <input type="checkbox"/> balesetből vagy közlekedési balesetből eredő haláleset |

| Külföldön felmerült költségek | Szolgáltatás / jogcím | Összeg | Pénznem | Biztosított fizette | Nem a biztosított fizette |
|-------------------------------|-----------------------|--------|---------|---------------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Kárigény összesen: | | | | |

| | |
|--|---|
| A kártérítési összeg kifizetésének módja | <input type="checkbox"/> Átutalással forintban: |
| | Számlatulajdonos neve: <input type="text"/> |
| | Számlaszám: <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> Átutalással devizában: |
| | Számlatulajdonos neve: <input type="text"/> |
| | Bankszámlaszám devizaneme: <input type="text"/> IBAN-szám: <input type="text"/> |
| | SWIFT-kód / BIC kód: <input type="text"/> |

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelőek, tudomásom szerint szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Kijelentem, hogy a bejelentett kár bekövetkezésének okaira, a keletkezett káromra, a személyi sérülés tényére vonatkozóan a jelen kárbejelentőn közöltek a valóságnak megfelelnek.

A káreseménykor kábítószer, alkohol, vagy a vezetési képességet hátrányosan befolyásoló szer, gyógyszer hatása alatt

álltam. nem álltam.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a KőBE Közép-európai Kölcsönös Biztosító Egyesület (a továbbiakban: biztosító) a kárigényem érvényesítése körében az adataimat kezelje, az általam benyújtott dokumentumokról fénymásolatot készítsen, azokat valamely jogszerűen kiszervezett biztosítási tevékenység keretén belül a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló és a biztosítási titok, valamint az adatkezelés törvényes előírásait betartani köteles gazdálkodó szervezetnek átadja. Így különösen átadhatóak az adataim a kártügyekben vizsgálatot folytató nyomozó irodának, illetve más gazdálkodó szervezetnek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, különleges személyes adataimat kezelje, az ezen adatokat tartalmazó iratokat a káriratok között elhelyezze, az iratokat fénymásolja vagy az általam átadott fénymásolatokat kezelje.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító személyazonosító igazolványomról, laciújkártyámról, vezetői engedélyemről, adókártyámról, TAJ- kártyámról illetve a járművem forgalmi engedélyéről, törzskönyvéről fénymásolatot készítsen, vagy az általam rendelkezésre bocsátott fénymásolatokat tárolja, kezelje.

Hozzájárulok, hogy a biztosító a jelen kárigény bejelentés alapján indult kárrendezési eljárásban történő kapcsolattartás céljából az általam megadott e-mail elérhetőséget használja, illetve részemre valamennyi - elektronikusan megküldhető - dokumentumot az általam megadott e-mail címre küldjön meg.

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 156.§ a) pontja alapján felhatalmazom a biztosítót, hogy a korábbi kárimmal, a fennálló vagy megszűnt biztosítási szerződésekkel kapcsolatban gépjármű, vagy balesetbiztosítással foglalkozó más biztosítótól adatokat kérjen, és egyben felhatalmazom az érintett biztosítót vagy biztosítókat, hogy az adatokat, káriratokat a biztosítóknak átadják. Felhatalmazom a biztosítót, hogy a jelen káreseménnyel összefüggésben más biztosítónál is induló kárrendezési eljárás lefolytatásához szükséges adataimat a másik biztosítóknak átadja adatkezelési célból. Felhatalmazom a biztosítót, hogy a kártügy rendezése érdekében az ügyben eljáró rendőri, ügyészi vagy bírói szervet megkeresse és az ügy érdemére vonatkozó iratokról másolatot kérjen.

Kijelentem, hogy a jelen kártüggyel kapcsolatban

kártérítést nem vettem fel, azt nem kezdeményeztem

igényemet kifizette forint összegben.

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