

# Betegség- és balesetbiztosítási kárbejelentő

A Genertel Biztosító asszisztencia szolgáltatója: Europ Assistance Kft.  
Budapest 1399, Pf. 694/324; Tel.: +36 1 458 44 64; Fax: +36 1 458 4445

**KÁRSZÁM:**

## BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve:  Születési dátum:

Anyja neve:

Állandó lakcím:

Elérhetőség (telefon/email):

Utasbiztosítási szerződés száma (kötvényszám):

Termék neve/módozat:

Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:

Alulírott (név):  Születési dátum:

Állandó lakcím:  Szem. ig. szám:

Kijelentem, hogy (kiskorú neve)  kiskorú törvényes képviselője vagyok.

## UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Tényleges külföldi tartózkodás időtartama:  -tól  -ig

Tervezett külföldi tartózkodás időtartama:  -tól  -ig

(Amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás nem egyezik meg.)

Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé?  igen  nem

Volt-e más biztosítónál utasbiztosítása az utazás időtartamára?  igen  nem

Ha igen, biztosító neve:

A káresemény kapcsán más biztosító, cég (pl. légitársaság) felé nyújtott-e be kárigényt?  igen  nem

Biztosító neve:

Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt?

Történt-e kárkifizetés, milyen összegben?

## KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI

Káresemény időpontja:

Káresemény helyszíne: Ország:  Város:

Káresemény jellege (jelölje a megfelelő helyen):

Sürgősségi orvosi ellátás/kórházi kezelés

Betegszállítás/hazaszállítás

Utazás megszakítása, visszautazás

Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:

Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt?  mentővel  személygépkocsival

Egyéb módon:

Amennyiben közlekedési baleset történt (jelölje a megfelelő helyen):

Történt-e rendőri intézkedés:  igen  nem

Ön a:  gépjármű vezetője volt.  utasa volt.

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma:  Típusa:

Felelősségbiztosítójának neve:  Kötvényszáma:

Casco biztosítójának neve:  Kötvényszáma:

KÁRSZÁM:

## KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK

Felmerült orvosi/kórházi ellátás, gyógyszer-költség (több tétel esetén külön lapon folytatható):

| Összeg               | Pénznem              | Indoklás             | Kiegyenlítette?               |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |

Felmerült egyéb költségek (több tétel esetén külön lapon folytatható):

| Összeg               | Pénznem              | Indoklás             | Kiegyenlítette?               |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> igen | <input type="checkbox"/> nem |

Benyújtott kártérítési igény összesen:

Kérjük, ha blokkokat, számlákat nyújt be, azokat a felsorolásban jelzett sorszámmal mindenképpen lássa el!  
A felsorolás azonos tartalommal, külön lapon folytatható.

## A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK (kísérőlevélben személyre szabva)

- A káreseményt alátámasztó orvosi leírás, kórházi zárójelentés (idő előtti hazaútnál az itthon tartózkodó rokoné)
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezeléssel és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Rendőrségi jelentés közlekedési baleset esetén
- Eredeti számla a hazaútról, légi utazás esetén beszállókártya, taxi számla, vonatjegy, buszjegy
- Üzemanyagköltség elszámolásához: forgalmi engedély másolata, útvonal leírása

## A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postai úton lakcímre HUF-ban:

Név:

Lakcím:

Banki átutalással:

Számlatulajdonos neve:

Állandó lakcíme:

Bank neve:

Bankszámlaszám (forint):

Devizaszámla esetén deviza neve:  SWIFT(BIC) kód:

IBAN szám:

Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

## NYILATKOZAT

- Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.

Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy a fenti jelölőnégyzet kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról.

Folytatás a következő oldalon!

Folytatás az előző oldalról!

**NYILATKOZAT**

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos - kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, – illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére-, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel Biztosító Zrt. a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

**ADATKEZELÉS**

**A személyes adatok kezelője** a Genertel Biztosító Zrt. (székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.)

**Az adatkezelés céljai:**

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- panaszok kezelése.

**Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban**

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben.

Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.

Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

**Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről**

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

**Az adatkezelési tájékoztató a [www.genertel.hu](http://www.genertel.hu) oldal alján található „Adatkezelési tájékoztató” menüpontból érhető el.**

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre juttassa vissza:

**[karrendezes@europ-assistance.hu](mailto:karrendezes@europ-assistance.hu) email címre vagy**

**200.000 Forint feletti kárigény esetén kizárólag postai úton: Europ Assistance Magyarország Kft., Budapest 1399, Pf. 694/324**

Kelt:

A biztosított (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa) aláírása.  
Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok)

**Tanú 1.**

Név:

Lakcím:

Aláírás:

**Tanú 2.**

Név:

Lakcím:

Aláírás: