

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"/>				

Utashbiztosítási 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, lakcímkártyámról, 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)