

UTASBIZTOSÍTÁS BETEGSÉGI ÉS BALESETI KÁRBEJELENTŐLAP

a. Beérkezett:	_____ . _____ . _____ .	érkeztető bélyegző helye
b. Átvevő egység:	_____	
c. Kárszám:	_____	
d. Biztosítás típusa:	<input type="checkbox"/> Prémium <input type="checkbox"/> Komfort <input type="checkbox"/> Bázis <input type="checkbox"/> Bankkártya <input type="checkbox"/> Keret <input type="checkbox"/> Instant <input type="checkbox"/> Felfedező	

1. Károsult biztosított adatai

a. Szerződő neve:	_____
b. Kötvény, bankkártya vagy azonosító száma:	_____
c. Károsult biztosított neve:	_____
d. Születési idő:	_____ . _____ . _____ .
e. Levelezési cím:	_____ út, utca, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó
f. Telefonszám, amelyen a károsult napközben elérhető:	_____ - _____
g. E-mail cím:	_____

2. Utazás adatai

a. Utazás jellege:	<input type="checkbox"/> turista <input type="checkbox"/> látogató <input type="checkbox"/> üzleti <input type="checkbox"/> tanuló <input type="checkbox"/> tartósan külföldön él <input type="checkbox"/> egyéb: _____
b. Külföldön tartózkodás tartama:	_____ . _____ . _____ -től _____ . _____ . _____ -ig

3. Sürgősségi ellátást igénylő betegség vagy baleset adatai

a. Megbetegedés vagy baleset időpontja:	_____ . _____ . _____ .
b. Helye:	_____
c. Baleset körülményeinek leírása:	_____
d. Sérült testrészt:	_____
e. Történt-e rendőri intézkedés, ha igen, hol:	_____
f. A balesetért felelős személy vagy gépkocsi:	_____
g. Betegség tüneteinek leírása:	_____
h. Diagnózis (betegség):	_____
i. Gyógyszerek megnevezése:	_____
j. Hová fordult panaszával (orvos, rendelő, kórház):	_____
k. Hány alkalommal kereste fel az orvost? Milyen vizsgálatok történtek, illetve milyen kezelésben részesült?	_____
l. Amennyiben kórházi ápolásban részesült:	
/1/. Külföldi kórházi felvétel ideje:	_____ . _____ . _____ . Elbocsátás ideje: _____ . _____ . _____ .
/2/. Magyarországi kórházi felvétel ideje:	_____ . _____ . _____ . Elbocsátás ideje: _____ . _____ . _____ .
m. Milyen módon került az egészségügyi intézménybe (mentő, taxi, gépkocsi, stb.):	_____

3. Sürgősségi ellátást igénylő betegség vagy baleset adatai (folytatás)

- n. Felvette a kapcsolatot segélyszolgálatunkkal: nem igen Kapcsolatfelvétel időpontja: . . .
- o. Milyen intézkedés történt: _____

4. Kárigényre vonatkozó adatok

- a. Külföldi tartozását kiegyenlítette-e: igen nem részben
- b. Az Ön által kifizetett számlák összege: pénznem
- c. A kifizetetlen számlák összege: pénznem
- d. Ha tartozása fennáll, a hitelező személy (szerv) megnevezése:
- d/1. Név:
- d/2. Cím:
- út, tér szám emelet ajtó
- e. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését devizában, külföldi személy (szerv) részére kéri:
- e/1. Név:
- e/2. Cím:
- út, tér szám emelet ajtó
- e/3. Bank neve:
- e/4. Számlaszáma:
- f. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, bankszámlára kéri:
- f/1. Számlavezető bank neve:
- f/2. Bankszámlaszám:
- g. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, postai úton kéri (a nevet és a címet csak abban az esetben kell kitölteni, ha az eltér a kárbejelentő első oldalán megadottaktól):
- g/1. Név:
- g/2. Cím:
- út, tér szám emelet ajtó
- h. Nyújtott be másol kárigényt? nem igen
- Ha igen, hol, mikor, kinek?
- h/1. Név:
- h/2. Cím:
- út, tér szám emelet ajtó
- i. Kapott-e kártérítési összeget: nem igen, összege: pénznem
- j. Rendelkezik bankkártyával? nem igen, bank neve:
- Ha igen, a bankkártya 7. és 8. számjegye:

5. Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közöltek a valóságnak megfelelnek.

Az alábbi okmányokat mellékelem: (Eredeti dokumentumokra van szükség!)

- a. számú utasbiztosítási kötvény
- b. orvosi igazolás zárójelentés orvosi számla gyógyszervásárlási számla
- c. egyéb: _____

Kárrendezés: Groupama Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum: 1380 Budapest, Pf. 1049

Kelt: _____, . . .

károsult biztosított vagy meghatalmazottja aláírása