



WABERER Hungária Biztosító Zrt.
H-1211 Budapest, Szállító u. 4.

Betegség- és Balesetbiztosítási kárbelijentő nyomtatvány

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvény azonosító: _____

Biztosított neve: _____ Születési dátuma: _____

Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____

Levelezési címe: _____

Elérhetőség (telefon /fax / e-mail): _____

UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utazás jellege: társas egyéni üzleti út / kiküldetés

Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: _____ tól _____ ig

Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: _____ tól _____ ig

Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé? Igen Nem

A káresemény kapcsán más biztosító, cég felé nyújtott-e be kárigényt? Igen Nem

Ha igen a Biztosító, cég neve: _____

Bejelentés dátuma: _____

Történt-e kárkifizetés, milyen összegben? _____

A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postai úton lakcímre HUF-ban

Név: _____

Lakcím: _____

Banki átutalással HUF-ban

Számlatulajdonos neve: _____

Bank neve: _____

Bankszámla száma: - -

KÁRESEMÉNY

Káresemény időpontja (észlelése): _____

Káresemény helyszíne: Ország: _____ Város: _____

Káresemény jellege:

- Sürgősségi orvosi ellátás / Kórházi kezelés
- Betegszállítás, hazaszállítás
- Sürgősségi fogászati kezelés

Káresemény rövid leírása



WÁBERER Hungária Biztosító Zrt.
H-1211 Budapest, Szállító u. 4.

Betegség- és Balesetbiztosítási kárbejelentő nyomtatvány

Felmerült betegség- és balesetbiztosítási káresemény kifizetésének kedvezményezettje:

- A külföldi kezelőorvos / kórház elfogadta a biztosítást, ezért az orvosi ellátásért nem fizettem.
- Biztosított vagy hozzátartozója fizette ki a külföldi orvosi / kórházi ellátás költségét.
- Európai Egészségbiztosítási Kártya igénybe lett véve.

Felmerült orvosi / kórházi ellátás, gyógyszer költség

Megnevezés	Összeg	Pénznem

Felmerült egyéb költség

Megnevezés	Összeg	Pénznem

Benyújtott kártérítési igény összesen:

Kárrendezéshez szükséges iratok

- Kitöltött kárbejelentő nyomtatvány
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezelésről és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Befizetést igazoló bizonylat(ok), csekk(ek)
- Orvosi leírás, kórházi zárójelentés

Alulírott Biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Továbbá tudomásul veszem, a biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

Dátum: _____

Biztosított aláírása