



## UTASBIZTOSÍTÁS BETEGSÉGI ÉS BALESETI KÁRBEJELENTŐ

### 1. Alapadatok

- a. Szerződésszám: \_\_\_\_\_,  
vagy bankkártyához kapcsolódó biztosítás esetén a bankkártya száma: \_\_\_\_\_
- b. Szerződő neve: \_\_\_\_\_
- c. Külföldön tartózkodás tartama: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ -től \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ -ig
- d. Utazás jellege:  turista  látogató  üzleti  tanuló  tartósan külföldön él  
 egyéb: \_\_\_\_\_

### 2. Károsult biztosított adatai

- a. Biztosított neve: \_\_\_\_\_
- b. Születési dátum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- c. Levelezési cím: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó
- d. Telefonszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- e. E-mail cím: \_\_\_\_\_

### 3. Sürgősségi ellátást igénylő baleset adatai

- a. Megbetegedés vagy baleset időpontja: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- b. Helye: \_\_\_\_\_
- c. Baleset körülményeinek leírása: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. Sérült testrész: \_\_\_\_\_
- e. Történt-e rendőri intézkedés?  igen  nem
- f. Betegség tüneteinek leírása: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g. Diagnózis: \_\_\_\_\_
- h. Hová fordult panaszával (orvos, rendelő, kórház): \_\_\_\_\_
- i. Amennyiben kórházi ápolásban részesült:
- i/1. Külföldi kórházi felvétel ideje: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Elbocsátás ideje: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- i/2. Magyarországi kórházi felvétel ideje: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Elbocsátás ideje: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- i/3. Milyen módon került az egészségügyi intézménybe?  taxi  mentő  gépkocsi  egyéb: \_\_\_\_\_
- j. Felvette a kapcsolatot segélyszolgálatunkkal?  igen  nem
- j/1. Kapcsolatfelvétel időpontja: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- j/2. Milyen intézkedés történt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Kárigényre vonatkozó adatok

a. Külföldi tartozását kiegyenlítette-e?  igen  nem  részben

**Ha a tartozás egy részét vagy egészét kiegyenlítette**

b. Az Ön által kifizetett számlák összege: \_\_\_\_\_ (pénznem) \_\_\_\_\_

c. Az összeg banki utalását kérem forintban

c/1. Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

c/2. Bank neve: \_\_\_\_\_

c/3. Számlaszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

d. Az összeg postai kézbesítését kérem forintban

d/1. Név: \_\_\_\_\_

d/2. Lakcím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

**Ha tartozását csak részben vagy egyáltalán nem egyenlítette ki**

e. A kifizetetlen számlák összege: \_\_\_\_\_ (pénznem) \_\_\_\_\_

f. Kifizetésre jogosult külföldi személy vagy szolgáltató adatai:

f/1. Név: \_\_\_\_\_

f/2. Cím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ út, utca, tér \_\_\_\_\_ szám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

f/3. Számlavezető bank neve: \_\_\_\_\_

f/4. Számlaszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

g. Nyújtott be máshol kárigényt?  igen  nem

Ha igen hol: \_\_\_\_\_

mikor: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

kinek: \_\_\_\_\_

h. Kapott kártérítési összeget?  nem  igen, összege: \_\_\_\_\_ (pénznem) \_\_\_\_\_

#### 5. Nyilatkozat

**Alulírott kijelentem**, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek és teljesek. **Tudomásul veszem**, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

**Felhatalmazom** a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosított jogviszony létrejöttével, módosításával, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggő adataimat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a Bit. 138-141.§-aiban, valamint 149.§-ában meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. **Egyúttal felmentem** az ezen adatokat kezelő intézményeket és személyeket (egészségügyi intézmény, háziorvos) titoktartási kötelezettségük alól.

Biztosított:  hozzájárulok

**Hozzájárulok**, hogy a biztosító jelen káresemény rendezése céljából, a káreseménnyel összefüggésben a rendőrségi, illetve az ügyészségi, bírósági iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

Biztosított:  hozzájárulok

Tájékoztatom, hogy a kár bejelentése, annak rendezése során megadott adatok kezelésének a célja a kárigény elbírálása, a kárrendezési eljárás lefolytatása, a biztosító szolgáltatásának teljesítése. Az adatkezelésre vonatkozó részletes szabályokat a biztosító honlapján ([www.groupama.hu](http://www.groupama.hu)), valamint ügyfélszolgálati irodáiban elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

#### 6. Csatolt dokumentumok

Az alábbi dokumentumokat mellékelem:

orvosi igazolás

zárójelentés

orvosi számla

gyógyszervásárlási számla

mentő- vagy taxiszámla

baleset esetén rendőrségi baleseti helyszíni jegyzőkönyv

igazolás sibirlet vásárlásról (érvényességi időtartam, érték és vásárlás időpontjának megjelölésével)

egyéb: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: Groupama Biztosító Zrt. 1380 Budapest, Pf. 1049

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

károsult biztosított vagy meghatalmazottja  
aláírása