

BETEGBIZTOSÍTÁSI, BALESETBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ A FELMERÜLT KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSÉRE

KÖZPONTI KÁRRENDEZÉSI IRODA • 1143 BUDAPEST, STEFÁNIA ÚT 51.
TELEFON: (1) 460-1500



| | | |
|---|---|------------------------------|
| 1. Beérkezés dátuma: | | |
| 2. Kárszám: | | |
| 3. A biztosított | neve: | |
| | telefonszáma: | |
| | leánykori vagy előző neve: | |
| | állampolgársága: | |
| | foglalkozása: | |
| | Azonosító okmány (személyi ig. vagy útlevél) száma: | |
| | Kiállító hatóság megnevezése, betűjele: | |
| | állandó lakhelye: <input type="text"/> | |
| | levelezési címe: <input type="text"/> | |
| | szül. hely, év, hó, nap: | |
| anyja neve: | | |
| 4. Kiskorú biztosított esetén a szülő vagy gondviselő töltse ki: | kijelentem, hogy a 3. pontban megnevezett kiskorú törvényes képviselője vagyok. szül. év, hó, nap: aláírás:..... | |
| 5. Az utazás jellege | egyéni | munkaváll. vagy szolgálati: |
| | társas | a kiküldő szerv megnevezése: |
| | hivatalos | címe: <input type="text"/> |
| 6. A kinntartózkodás időtartama: | 200..... év hó naptól 200..... év hó napig | |
| 7. A megbetegedés | helye: ország: ideje: | |
| 8. A biztosítóhoz történt bejelentés időpontja: | 200..... év hó nap óra perc | |
| 9. Milyen betegség (panasz) tette szükségessé az orvosi ellátást? | | |
| 10. A felmerült költségek: | összeg: | |
| 11. A gyógyító személynek (szervnek) vagy hitelezőnek neve, címe, bankszámlaszáma, akivel szemben tartozás fennáll: | | |
| 12. A biztosítás alapján visszatérítésre kerülő összeget hogyan kéri? | – forint fizetőeszközben, lakcímre | |
| | – forint fizetőeszközben, bankszámlára | |
| | Bank: fiók: számlaszám: | |
| | – készpénzben a biztosító pénztárából | |

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Felmerült közvetett költségek: | összege: indoklás: |
|--------------------------------|---------------------------|

Vizsgáló- és kezelőorvosaimat az orvosi titoktartás alól, külföldön történt megbetegedéssel kapcsolatban felmentem.
 Der Versicherungsnehmer dem behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigpflicht entbindet.
 The treating physician shall be released from professional secrecy by the insured party.

A számú biztosítási szerződés kontroll szelvényét
 db eredeti számlát, orvosi iratot mellékelem.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.
 A kárigény érvényesítésében a saját nevemben járok el.
 Tudomásul veszem, hogy az adatlapon feltüntetett adatokban történt változásokról köteles vagyok a tudomásomra jutást követő 5 munkanapon belül a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe.

.....
 a biztosított aláírása
 (kiskorú esetén a szülő)

Az igénybejelentő minden pontját (válasszal) kérjük kitölteni.

Megjegyzés:

| | | | |
|---|--|--|---|
| QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe Vezérigazgatóság: 1143 Budapest, Stefánia út 51. Levelezési cím: 1442 Bp., Pf.101 | Központi Kárrendezési Iroda Telefon: (1) 460-1500 Fax: (1) 460-1515 Zöld szám: 06-80 468-468 | E-mail: qbe-atlasz-assistance@atlasz.hu Internet: www.qbeatlasz.hu www.qbe.com | A member of the QBE Insurance Group Insuring since 1886 |
|---|--|--|---|