

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	levelezési címe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. A kinttartózkodás időtartama:	20 év hó naptól 20 év hó napig	
7. A megbetegedés	helye:	ország:
	ideje:	
8. A biztosítóhoz történt bejelentés időpontja:	20 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, lakcímrre	
	– 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 Schweigflicht 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: H-1143 Budapest, Stefánia út 51. Levelezési cím: H-1442 Bp., Pf. 101	Központi Kárrendezési Iroda Telefon: (1) 460-1500 Fax: (1) 460-1515 Zöld szám: 06-80 468-468	E-mail: utaskar@hu.qbe.com Internet: www.qbeatlasz.hu www.qbe.com	A member of the QBE Insurance Group Insuring since 1886
--	--	---	---



A biztosított hozzájáruló nyilatkozata utasbiztosítási esemény bekövetkeztét követő kárrendezési eljárásban

- 1) Alulírott lakos, biztosított ezúttal önként és határozottan kinyilvánítom azon megfelelő tájékoztatáson alapuló, kívánságomnak megfelelő hozzájárulásomat, hogy a QBE Insurance (Europe) Limited magyarországi fióktelepe a jelen bejelentésem során közölt a rám, mint biztosítottra, illetve jogosultira vonatkozó személyes és különleges adatokat a szolgáltatás iránti igényem elbírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló a biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezeteknek átadja.
- 2) A jelen hozzájárulásommal felmentem az orvosi titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik, amelyek engem vizsgáltak, kezeltek; továbbá felhatalmazom a társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), valamint a mostani hozzájárulásomat érintő biztosítással azonos vagy azzal összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítót, hogy a szolgáltatás iránti igényem elbírálásához szükséges adatokat a QBE Insurance (Europe) Limited magyarországi fióktelepe részére - annak írásbeli megkeresésére -átadják.

Kelt,.....

.....

biztosított aláírása