

**Betegség- és balesetbiztosítási  
kárbjelentő nyomtatvány**

Az AEGON Biztosító kárrendezési egysége:  
Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324  
Tel.: +36 1 465 37 06 Fax: +36 1 458 4445



**KÁRSZÁM:**

**BIZTOSÍTOTT ADATAI**

Biztosított neve: ..... Születési dátuma: .....  
Anyja neve: .....  
Állandó lakcím: ..... Levelezési cím: .....  
Elérhetőség (telefon/fax/e-mail): .....  
Utasbiztosítási kötvény száma: ..... Termék neve/módozat: .....  
Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:  
Alulírott (név): ..... Születési dátuma: .....  
Állandó lakcím: ..... Szem. ig. sz.: .....  
Kijelentem, hogy (kiskorú neve) ..... kiskorú törvényes képviselője vagyok.

**UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK**

Utazás jellege:  társas  egyéni  üzleti út/kiküldetés  munkavállalás  
Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: ..... -tól ..... -ig  
Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: ..... -tól ..... -ig  
(amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás dátuma nem egyezik meg)  
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  
Biztosító, cég neve: .....  
Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt? .....  
Történt-e kárkifizetés, milyen összegben? .....

**KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI**

Káresemény időpontja: .....  
Káresemény helyszíne: Ország: ..... Város: .....  
Káresemény jellege (jelölje a megfelelő helyen X-szel!):  Sürgősségi orvosi ellátás / kórházi kezelés  
 Betegszállítás, hazaszállítás  
 Utazás megszakítása/visszautazás

Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:

Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? mentővel/személygépkocsival

Egyéb módon .....

Amennyiben közlekedési baleset történt (jelölje a megfelelő helyen X-szel!)

Történt-e rendőri intézkedés:  Igen  Nem Ön a:  Gépjármű vezetője volt  Utasa volt

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: ..... Típusa: .....

Felelősségbiztosítójának neve, címe: ..... Kötvényszáma: .....

Casco biztosítójának neve, címe: ..... Kötvényszáma: .....

**Betegség- és balesetbiztosítási  
kárbejelentő nyomtatvány**

Az AEGON Biztosító kárrendezési egysége:  
Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324  
Tel.: +36 1 465 37 06 Fax: +36 1 458 4445



Ma tegyük a holnapért!



**KÁRSZÁM:**

**KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK**

**Felmerült orvosi/kórházi ellátás, gyógyszer költség (több tétel esetén külön lapon folytatható):**

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegészítette (aláhúzendő)?
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem

**Felmerült egyéb költségek (több tétel esetén külön lapon folytatható):**

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegészítette (aláhúzendő)?
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem

Benyújtott kártérítési igény összesen: .....

*Kérjük, ha blokkokat, számlákat nyújt be, azokat a felsorolásban jelzett sorszámmal mindenképpen lássa el!*

*A felsorolás azonos tartalommal, külön lapon folytatható.*

**A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK (kísérőlevélben személyre szabva)**

- A káreseményt alátámasztó orvosi leírás, kórházi zárójelentés (idő előtti hazaútnál az itthon tartózkodó rokoné)
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezeléstről és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Rendőrségi jelentés közlekedési baleset esetén
- Eredeti számla a hazaútról, légi utazás esetén beszállókártya, taxi számla, vonatjegy, buszjegy
- Üzemanyagköltség elszámolásához: forgalmi engedély másolata, útvonal leírása

**A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA (aláhúzendő):**

Postai úton lakcímrre HUF-ban:

Név: .....

Lakcím: .....

Banki átutalással:

Számlatulajdonos neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Bank neve: .....

Bankszámlaszám (Forint):         -       -

Devizaszámla esetén deviza neve: ..... SWIFT (BIC) kód: .....

IBAN szám: .....

*Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.*

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre postázza:

**Europ Assistance Magyarország Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324**

Dátum: ..... Biztosított/törvényes képviselő aláírása: .....