

U80400 Betegség / balesetbiztosítási kárbejelentő külföldön felmerült egészségügyi költségek megtérítésére

Tisztelt Ügyfelünk!

Szeretnénk kárigényét gyorsan, korrekt módon rendezni. Ezért arra kérjük, hogy az elektronikusan is kitölthető nyomtatványunkat szíveskedjék nyomtatott, aláírt formátumban az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. 1380 Budapest Pf. 1076. címre elküldeni, vagy személyesen benyújtani ügyfélszolgálatunkon (1134 Budapest, Váci út 33.). Online kárbejelentés esetén a szkennelt vagy telefonnal lefotózott, aláírt nyomtatványt és a kárral kapcsolatos dokumentumokat honlapunkon, a <https://union.hu/koronavirus-tajekoztatas#karbejelentes> menüpontban kérjük feltölteni. Az utasbiztosítási kötvény feltételeiben felsorolt iratokat kérjük mellékelje a kárbejelentőhöz.

Gondoljon a KÖRNYEZETVÉDELEMRE: a nyomtatvány 4. oldala, a Melléklet kiskorú biztosított törvényes képviselőjének és/vagy kedvezményezett adatainak megadására szolgál, csak akkor nyomtassa ki, ha szükséges.

1. Biztosított adatai

1.1 Kötvényszám (Bankkártyához kapcsolódó utasbiztosítás esetén a 2.3 mező töltendő ki!)

1.2 Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

1.3 Születési név

1.4 Születési hely

1.5 Születési dátum

1.6 Anyja születési neve

1.7 Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

Régi típusú személyi igazolvány Új típusú személyi igazolvány Útlevel Új típusú vezetői engedély Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

1.8 Személyazonosító okmány száma

1.9 Lakcímkártya száma

Nem rendelkezem lakcímkártyával

1.10 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

1.11 Levelezési cím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

1.12 Állampolgárság

Magyar állampolgár Külföldi állampolgár

Kérjük, adja meg állampolgárságát!

1.13 Mobiltelefonszám

1.14 E-mail cím

1.15 Munkahelye, foglalkozása

Kérjük, hogy kiskorú biztosított esetén töltsse ki a Melléklet 1. pontját is!

2. A biztosítás típusa

2.1 A biztosítás típusa

egyéni társas/csoportos bérlet vállalati

2.2 Biztosítási termék és módozat megnevezése

2.3 Bankkártyaszám (amihez az utasbiztosítás kapcsolódik)

2.4 A bankkártyát kibocsájtó bank neve

3. Az utazás jellege, időtartama

3.1 Az utazás jellege

egyéni társas tanulmányút/ösztöndíj munka

3.2 Tervezett külföldi tartózkodás időtartama

Kezdetre	Vége
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.3 Tényleges külföldi tartózkodás időtartama

Kezdetre	Vége
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Káresemény

4.1 Megbetegedés, baleset vagy járványügyi zárlat helye (Járványügyi zárlat esetén kérjük, hogy a 6. pontot is töltsse ki)

Ország	Város
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 Megbetegedés, baleset vagy járványügyi zárlat ideje

4.3 Milyen betegség (panasz) tette szükségessé az orvosi ellátást?

4.4 Mikor észlelte először a tüneteket?

4.5 Mikor fordult orvoshoz?

4.6 Hányszor járt orvosnál?

4.7 Kórházi ellátás esetén a kórházban töltött éjszakák száma

4.8 Orvoshoz / kórházba szállítás módja?

 mentőautó mentőhelikopter taxi egyéb igen nem

4.9 Kezelték-e korábban ezzel a betegséggel?

 igen nem

4.10 Van-e meglévő krónikus betegsége?

 igen nem

4.11 Ha igen, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét

4.12 Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, amely alapján erre a betegsége / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet?

 igen nem Ha igen, akkor hol?

4.13 Más biztosító, cég vagy magánszemély felé él-e kárigénnyel fenti betegség / baleset kapcsán?

 igen nem

4.14 Az Assistance szolgáltatnak bejelentették-e az eseményt?

 igen nem

4.15 Ha igen, mikor?

4.16 Az utazás tartama alatt rendelkezett Európai Egészségbiztosítási Kártyával?

 igen nem

5. Felmerült közvetlen költségek kiegyenlítése

 A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt

Személy / intézmény neve
<input type="text"/>

 Én fizettem ki a helyszínen

Közvetlen költségek összege	Pénzneme	Indoklás
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Felmerült egyéb költségek

6.1 Külföldön

Egyéb költségek összege	Pénzneme	Indoklás
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.2 Magyarországon

Egyéb költségek összege	Pénzneme	Indoklás
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Az összeg kifizetésének módja

7.1 Postán

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)
<input type="text"/>

Cím (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó)

<input type="text"/>

7.2 Banki átutalással forint fizetőeszközben Banki átutalással deviza fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)
<input type="text"/>

Bank neve

Számlaszám

 - -

IBAN (Deviza fizetőeszköz esetén)

SWIFT kód (Deviza fizetőeszköz esetén)

Amennyiben a kifizetést más részére kéri, a kedvezményezett adatait a Melléklet 2. pontjában adhatja meg.

7.3 Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Felhatalmazom a Biztosítót, hogy a szerződés megkötésével, fenntartásával és a Biztosító szolgáltatásával közvetlenül összefüggő adatokat beszeresse és nyilvántartsa, továbbá külföldön történt megbetegedéssel, balesetével és annak előzményeivel kapcsolatban vizsgálo- és kezelőorvosaimat felmentem az orvosi titoktartás alól. Az általam előzetesen megismert Adatkezelési tájékoztató a Biztosító www.union.hu weboldalán is elérhető. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő szolgáltatási igények jogosságának megítélése.

Amennyiben Ön nem áll szerződéses kapcsolatban a Biztosítóval (egyéb érintett), akkor a szolgáltatási igényének elbírálása érdekében a személyes adatait jogos érdek alapján kezeli a Biztosító. A jogos érdeket alátámasztó érdekmérlegelési teszt a www.union.hu/adatvedelem weboldalon ismerhető meg.

7.4 Aláírás

Település

Biztosított aláírása

Dátum

8. Felmerült közvetlen költségek kiegyenlítése

 utasbiztosítási kötvény befizetési bizonylat eredeti számla orvosi iratok eredeti jegyzőkönyv

 egyéb

Mellékletek száma összesen

 db

Melléklet

1. Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított esetében

1.1 Alulírott (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

1.2 Születési név

1.3 Születési hely

1.4 Születési dátum

1.5 Anyja születési neve

1.6 Személyazonosító okmány típusa (Kérjük, csak egyet jelöljön meg!)

 Régi típusú személyi igazolvány Új típusú személyi igazolvány Útlevel Új típusú vezetői engedély Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

1.7 Személyazonosító okmány száma

1.8 Lakcímkártya száma

 Nem rendelkezem lakcímkártyával

1.9 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házsám, emelet, ajtó)

Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú biztosított törvényes képviselője vagyok.

Kiskorú biztosított neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

2. Kedvezményezett adatai (amennyiben más részére kéri a kifizetést)

2.1 Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)

2.2 Születési név

2.3 Születési hely

2.4 Születési dátum

2.5 Anyja születési neve

2.6 Állandó lakcím (irányítószám, település, közterület, házsám, emelet, ajtó)

2.7 Állampolgárság

 Magyar állampolgár Külföldi állampolgár

Kérjük, adja meg állampolgárságát!

3. Biztosított / Törvényes képviselő aláírása

3.1 Aláírás

Település

Dátum

Biztosított / Törvényes képviselő aláírása