

Kárbejelentő lap

ACE Prémium Balesetbiztosítás

Tel: 06 1-465-3663 Fax: 06 1 458 4445 E-mail: operation@europ-assistance.hu
Postázási cím: **Europ Assistance Kft. 1399 Budapest, Pf. 694/324**



ace european group

Kötvényszám: -

Biztosított személyes adatai

Neve : _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Levelezési lakcíme: _____

Születési helye, ideje: _____ E-mail címe: _____

Társadalombiztosítási azonosítója (TAJ szám):

Igénybejelentő adatai (ha nem azonos a Biztosított adataival)

Neve : _____ Anyja neve: _____

Állandó lakcíme: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Levelezési lakcíme: _____

Születési helye, ideje: _____ E-mail címe: _____

Milyen kapcsolatban áll a Biztosítottal? _____

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi iratokat mellékelem:

(Kérjük, a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

- Baleseti halál / Közlekedési baleseti halál**
- A Biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát;
- Halott-vizsgálati bizonyítvány másolatát, a halálok megjelölésével;
- Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolatát (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a Kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg);
- Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeit leíró a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítását;
- Boncjegyzőkönyv másolatát (ha készült);
- Véralkohol vizsgálati eredményt (ha készült);
- Eredeti rendőrségi/munkahelyi jegyzőkönyv másolatát, ha ilyen készült. Közlekedési Baleset esetén mindenképpen szükséges a rendőrségi jegyzőkönyv;
- Amennyiben a Biztosítási Eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, feltéve, hogy az a jogalap, vagy az összecszerűség megállapításához szükséges (így különösen az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot);
- Gépjármű Biztosított általi vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.
- Csonttörés illetve 28 napon túl gyógyuló sérülés**
- A Biztosított személyazonosságát igazoló okmány másolatát (személyi igazolvány);
- A csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolatát;
- A 28 napot meghaladó gyógytartamról szóló igazolás másolatát (ha nem történt csonttörés);
- A Balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási Esemény időpontjától;
- A baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült;
- Közlekedési Baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát;
- Közlekedési Baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült;
- Gépjármű Biztosított általi vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.

Kórházi napi térítés

- A Biztosított személyazonosságát igazoló okmány másolatát (személyi igazolvány);
- A kórházi zárójelentés másolatát;
- A baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült;
- A Balesettel kapcsolatos valamennyi orvosi dokumentumot a Biztosítási Esemény időpontjától;
- Közlekedési Baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát;
- Közlekedési Baleset esetén a véralkohol vizsgálati eredmény másolatát, amennyiben ilyen készült;
- Gépjármű Biztosított általi vezetése során bekövetkezett Biztosítási Esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolatát.

Kifizetésre vonatkozó adatok

Felhívjuk figyelmét, hogy a kifizetés az indítástól számítva a banki utalás esetén kb. 2, a postai kézbesítés esetén kb. 6 munkanapot igényel.

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

Bankszámlaszámra: _____ Számlatulajdonos neve: _____

Bankszámla száma: - -

Lakcímrre: _____

Baleset körülményeinek leírása:

A baleset pontos helye, ideje: _____

A baleset részletes leírása: _____

A jelenleg balesetet szenvedő testrész ezt megelőzően baleset vagy betegség következtében volt-e sérült? _____

NYILATKOZAT

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, hogy a valótlán adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a kárbejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen igénybejelentésem során közölt személyes, különleges, és a Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatait a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges mértékben kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a Biztosítási titok megtartásának kötelezettséget előíró jogszabályi rendelkezéseket betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja.

Felhatalmazom a biztosított egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézmény vezetőit, mindenkor háziorvosát, továbbá mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezelésével foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik kezelték, valamint az Országos Egészségbiztosítási pénztárat (OEP), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adatokat a Biztosító, vagy annak kárrendezési megbízottja írásbeli megkeresésére a Biztosítónak, illetve annak kárrendezési megbízottjának, a Europ Assistance Kft-nek átadják. A biztosító írásbeli megkeresése tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is. (A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.)

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező a Biztosított személyes és egészségügyi adatait a Biztosító kárrendezési tevékenység céljából kárrendezési megbízottjával, a Europ Assistance Kft.-vel szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére átadja.

**Kérjük, hogy a jelen Kárbejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be:
Europ Assistance Kft. 1399 Budapest, Pf. 694/324**

Kelt: _____

Biztosított /Igénybejelentő aláírása