

- a Biztosító a társadalombiztosítási azonosító jelemt (TAJ szám) vagy adóazonosító jelemt, ezek hiányában valamely más numerikus azonosítómát (pl. útlevekszámomát) az egészségügyei szolgáltatási igényem fedezetvizsgálata, teljesítése, finanszírozása céljából, valamint ezekkel összefüggő azonosítási célból nyilvántartsa és kezelje;
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyei intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárta, a kockázat-elbíráláshoz és a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a Biztosítóhoz továbbíták. A Biztosítóval szemben ezen adatok vonatkozásában felmentem a titoktartási kötelezettség alól az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. a kezelő- és vizsgáló orvosaimat), valamint szervezeteket (pl. egészségügyei intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat).

Megbetegedés vagy baleset helye

Ország _____ Város _____

Megbetegedés vagy baleset ideje: _____ év _____ hónap _____ nap _____ óra _____ perc

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

Mikor észlelte először a tüneteket? _____

Mikor fordult orvoshoz? _____

Hányszor járt orvosnál? _____ Kórházi ellátás esetén a kórházban töltött éjszakák száma _____

Orvoshoz / kórházba szállítás módja? mentőautó mentőhelikopter taxi egyéb _____

Kezelték-e korábban ezzel a betegséggel? igen nem

Van-e meglévő krónikus betegsége? igen nem

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

Van-e más biztosítónál olyan biztosítása – ide értve más bank által kibocsátott kártyához kapcsolódó utasbiztosítást is – amely alapján erre a betegségre / balesetre vonatkozóan szolgáltatási igénnyel élhet?

igen nem Ha igen, akkor hol? _____

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

igen nem

Az Assistance szolgáltatnak bejelentették-e az eseményt?

igen nem Ha igen, mikor? _____

Az utazás tartama alatt rendelkezett Európai Egészségbiztosítási Kártyával?

igen nem

A balesetet sportolás vagy fizikai munkavégzés közben szenvedte el?

igen nem

Ha igen, a sporttevékenység vagy fizikai munkavégzés megnevezése _____

Felmerült közvetlen költségek kiegyenlítése

A gyógyító személy / intézmény fizetési eszközként elfogadta a kötvényt

Személy / intézmény neve _____

Én fizettem ki a helyszínen

Közvetlen költségek összege _____ Pénzneme _____ Indoklás _____

Külföldön felmerült egyéb költségek

Egyéb költségek összege _____ Pénzneme _____ Indoklás _____

Az összeg kifizetésének módja

Postán

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

Cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított esetében

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

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú törvényes képviselője vagyok.

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

Kedvezményezett

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

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Állampolgárság: magyar állampolgár külföldi állampolgár Kérjük, adja meg állampolgárságát! _____

Kelt: _____, 20__ év _____ hó _____ nap

 Biztosított / Törvényes képviselő aláírása

Főkétyabirtokos/számlatulajdonos adatai

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

Születéskori név (családi és utónév): _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Anyja születéskori neve: _____

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Alulírott kijelentem, hogy a Biztosított adatai pontban megjelölt személy családtagomnak minősül (élettársam vagy házastársam vagy vérszerinti, nevelt/örökbefogadott gyermekem).

Kelt: _____, 20____ év _____ hó _____ nap

Főkétyabirtokos/számlatulajdonos aláírása