

UNION

VIENNA INSURANCE GROUP

Betegség / balesetbiztosítási kárbejelentő külföldön felmerült egészségügyi költségek megtérítésére

 Kérjük, nyomtatott betűvel töltsse ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Tisztelt Ügyfelünk!

Szeretnénk kárigényét gyorsan, korrekt módon rendezni. Ezért arra kérjük, hogy az elektronikusan is kitölthető nyomtatványunkat kérjük 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/ugyintezes#ugyintezes> menüpontban kérjük feltölteni. Kérjük, a Kárigény elbírálásához szükséges iratok pontban felsorolt iratokat 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.

Biztosított adatai

Kötvényszám (Bankkártyához kapcsolódó utasbiztosítás esetén a bankkártyaszám mező töltendő ki!):

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

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

☐ Magyar állampolgár ☐ Külföldi állampolgár Kérjük, adja meg állampolgárságát: _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

Munkahelye, foglalkozása: _____

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

A biztosítás típusa, időtartama

A biztosítás típusa: ☐ egyéni ☐ társas/csoportos ☐ bérlet ☐ vállalati

Biztosítási termék és módzat megnevezése: _____

Bankkártyaszám (amennyiben az utasbiztosítás bankkártyához kapcsolódik):

A bankkártyát kibocsájtó bank neve: _____

Az utazás jellege, időtartama

Az utazás jellege:

☐ egyéni ☐ társas ☐ tanulmányút/ösztöndíj ☐ munka

Tervezett külföldi tartózkodás időtartama:

Kezdet: _____ Vége: _____

Tényleges külföldi tartózkodás időtartama:

Kezdet: _____ Vége: _____

Káresemény

Megbetegedés, baleset helye:

Ország: _____ Város: _____

Megbetegedés, baleset ideje: _____

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, az utazás előtt fél éven belül ezzel a betegséggel? ☐ igen ☐ nem

Ha nem, kérjük adja meg a betegség nevét, kezelőorvosa nevét, elérhetőségét: _____

Van-e más biztosítónál olyan biztosítása, 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

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: _____

Felmerült egyéb költségek

Külföldön:

Egyéb költségek összege: _____ Pénzneme: _____

Indoklás: _____

Magyarországon:

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 _____

☐ Banki átutalással forint fizetőeszközben ☐ Banki átutalással deviza fizetőeszközben

Számlatulajdonos neve (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek): _____

Bank neve: _____

Számlaszám: - -

IBAN-kód (Deviza fizetőeszköz esetén) -

SWIFT-kód (Deviza fizetőeszköz esetén)

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

Nyilatkozat

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Biztosítottról a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelésre vonatkozó részletes Utasbiztosításokra vonatkozó adatkezelési tájékoztató megtalálható a <https://union.hu/utasbiztositas-adatkezeles> weboldalon.

A Biztosító egészségügyi adatok kategóriáit is kezeli. Az adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő igények elbírálása, biztosítási szolgáltatás teljesítése. Az ilyen adatok kezeléséhez a biztosítottak kifejezett hozzájárulása szükséges. A Biztosító ezen adatokat a szerződés teljesítése során, valamint azt követően addig kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Alulírott, mint Biztosított a Biztosítótól kapott, az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatást követően önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy

- a Biztosító az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó igények megítélésével közvetlenül összefüggő, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze, nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja;
- azok a társadalombiztosítási, igazgatási szervezetek, hatóságok (pl.: NEAK, orvosszakértői intézet, rehabilitációs hatóság, rendőrség, bíróság, ügyészség, egészségügyi intézmények), kezelő- és vizsgáló orvosaim, akik a biztosítási szerződéssel kapcsolatba hozható ügyekben eljárak, a szolgáltatási igény elbírálásához, valamint az ezekből fakadó jogviták rendezéséhez szükséges adatokat a Biztosítóhoz továbbítják. 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. egészségügyi intézményeket, társadalombiztosítási igazgatási szerveket, nyomozó hatóságokat);
- a biztosítási titkot képező személyes és egészségügyi adatokat az UNION Biztosító kárrendezési tevékenység céljából orvosok és szervezetek részére átadja.

Kelt: _____, _____

Biztosított aláírása

A kárigény elbírálásához szükséges iratok

☐ eredeti számla ☐ orvosi iratok ☐ eredeti jegyzőkönyv

☐ egyéb _____

Mellékletek száma összesen: _____ db

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: _____

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

☐ Régi típusú személyi igazolvány ☐ Új típusú személyi igazolvány ☐ Útleveél ☐ Új típusú vezetői engedély☐ Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány Személyazonosító okmány száma: _____Lakcímkártya száma: _____ ☐ Nem rendelkezem lakcímkártyával

Állandó lakcím: _____ ir.szám _____ helység

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

Kijelentem, hogy az alábbi kiskorú biztosított törvényes képviselője vagyok.

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

Kedvezményezett adatai (amennyiben más részére kéri a kifizetést)

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

☐ Magyar állampolgár ☐ Külföldi állampolgár Kérjük, adja meg állampolgárságát: _____

Kelt: _____

Biztosított / Törvényes képviselő aláírása