

3. Betegség vagy baleset adatai (folytatás)

n. Felvette a kapcsolatot segélyszolgálatunkkal: nem igen Kapcsolatfelvétel időpontja: . . .

o. Milyen intézkedés történt: _____

4. Kárigényre vonatkozó adatok

a. Külföldi tartozását kiegyenlítette-e: igen nem részben

b. Az Ön által kifizetett számlák összege: (pénznem)

c. A kifizetetlen számlák összege: (pénznem)

d. Ha tartozása fennáll, a hitelező személy (szerv) megnevezése:

d/1. Név:

d/2. Cím:

út, tér szám emelet ajtó

e. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését devizában, külföldi személy (szerv) részére kéri:

e/1. Név:

e/2. Cím:

út, tér szám emelet ajtó

e/3. Bank neve:

e/4. Számlaszáma:

f. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, bankszámlára kéri:

f/1. Számlavezető bank neve:

f/2. Bankszámlaszám:

g. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, postai úton kéri (a nevet és a címet csak abban az esetben kell kitölteni, ha az eltér a kárbejelentő első oldalán megadottaktól):

g/1. Név:

g/2. Cím:

út, tér szám emelet ajtó

h. Nyújtott be másol kárigényt? nem igen

Ha igen, hol, mikor, kinek?

h/1. Név:

h/2. Cím:

út, tér szám emelet ajtó

i. Kapott-e kártérítési összeget: nem igen, összege: (pénznem)

j. Rendelkezik bankkártyával? nem igen, bank neve:

Ha igen, a bankkártya hetedik, nyolcadik számjegye:

5. Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közöltek a valóságnak megfelelnek. Vizsgáló- és kezelőorvosaimat az orvosi titoktartás alól a külföldön történt megbetegedéssel kapcsolatban kárrendezés céljából felmentem.

Az alábbi okmányokat mellékelem: (Eredeti dokumentumokra van szükség!)

a. számú utasbiztosítási kötvény

b. orvosi igazolás zárójelentés orvosi számla gyógyszervásárlási számla

c. egyéb: _____

d. számú bankkártya másolata

Kárrendezés: Groupama Garancia Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum: 1387 Budapest, Pf. 1049

Kelt: _____, . . .

_____ károsult vagy meghatalmazottja aláírása