

Aktaszám

Kárjelentés utazás lemondására

Útlemondási biztosítás

Kérjük figyelmesen és kompletten kitölteni!

Mondial Assistance - Károsztály
Orco Business Park B. ép. 4. em.
2040 Budaörs, Szabadság út 117.
Tel.: 06/23 50 7416 – Fax: 06/23 50 7414
E-Mail: karbejelentenes@mondial-assistance.at
www.mondial-assistance.hu

1. Biztosított személy adatai

Név és keresztnév			
Utca			
Irányítószám/Város			
Telefon (privát)		Telefon (munkahely)	
E-Mail			Ha igen, melyik pénzügyintézetnél?
Tartalmaz-e hitelkártyája utasbiztosítást?	Nem <input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	

2. Az utazás részletei

Utazásszervező			
Utazási iroda/ Foglalási hely			
A kötvény száma		Az utazás ára	
A foglalás dátuma		A stornószámla magassága	= az utazás árának ___%-a
Az utazás kezdete		Az utazás vége	
Az utazás lemondásának dátuma		Az utazás megszakításának dátuma	
Célország			

3. Kérjük jegyezze be az összes utas nevét, akiknek az útja le lett mondva

1.		Születési dátum	
2.		Születési dátum	
3.		Születési dátum	
4.		Születési dátum	
5.		Születési dátum	
6.		Születési dátum	

4. Miért lett lemondva az utazás?

Betegség <input type="checkbox"/>	(lásd 4.1)	Baleset <input type="checkbox"/>	(lásd 4.2)	Halál <input type="checkbox"/>	Terhesség <input type="checkbox"/>
Egyéb esemény, milyen esemény, mikor következett be? <input type="checkbox"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Kit érintett az esemény? <input type="text"/>					
Ez a személy rokona-e az utasoknak? Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Hogyan? <input type="text"/>					

Kérjük mindenképpen csatolja bizonyítékként: orvosi igazolás a diagnózis megadásával, és a betegség, baleseti sérülés és terhesség pontos kezelési adatainak megadásával. Amennyiben még nem létezne ilyen igazolás, kérjük adja tovább ezt a nyomtatványt a kezelőorvosnak.

4.1. Betegségről

A betegség megnevezése	<input type="text"/>												
Mikor következett be a betegség?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mikor kereste fel az orvost?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambuláns kezelés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tól	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kórházi kezelés	nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tól	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Munkaképtelenség	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tól	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mikor lett az orvos először az utazás kivitelezhetősége miatt megkérdezve (pontos dátum)?													
Mi volt a véleménye?	<input type="text"/>												
Állt-e már a páciens ugyanezen vagy más hasonló megbetegedés miatt korábban orvosi kezelés alatt?													
nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>	Ambulánsan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tól	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kórházban	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tól	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2. Balesetről

A baleset napja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A baleset helye	<input type="text"/>
A balesetet harmadik személy okozta-e (részben vagy teljes egészében)?	nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>					
A sérülés okozójának neve és címe	<input type="text"/>						
<input type="text"/>							
A sérülést okozó felelősségbiztosítása (név, cím, szerződés-szám)?	<input type="text"/>						
<input type="text"/>							

5. Nyilatkozat

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok teljesek és a valóságnak megfelelnek. Tudatában vagyok, hogy hamis adatok megadása a biztosítási védelem elvesztéséhez vezet.

Hely, dátum	<input type="text"/>	Az utazást lefoglaló személy aláírása	<input type="text"/>
A kifizetendő összeg átutalása:			
Utazási iroda/foglalási hely	<input type="checkbox"/>	Biztosított személy	<input type="checkbox"/>
Más	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>		
Számla tulajdonos neve	<input type="text"/>	SWIFT	<input type="text"/>

A kárrendezéshez a következő dokumentumokra van szükségünk:

- biztosítási kötvény másolata	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
- az utazás lefoglalásának visszaigazolása	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
- stornószámla	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>
- a biztosítási esemény bekövetkeztének igazolása (igazolás, halotti bizonyítvány stb.)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>

Aktaszám

Tisztelt Biztosított!

Kérjük rögzítse ezen formanyomtatványon utazási adatait és írja alá az utána következő nyilatkozatot. Ezt követően továbbítsa a dokumentumot a kezelő orvosnak.

Felmentés a hallgatási kötelezettség alól

Tudatában vagyok, hogy a biztosító szolgáltatási kötelezettségének megítéléséhez felülvizsgálja a kártérítési igényem alapjául szolgáló adatokat. Ezen okból kifolyólag felmentem hallgatási kötelezettségük alól az általam a dokumentumokban megnevezett egészségügyi személyzetet, kezelő orvost/orvosokat- mégpedig halálomon túl is.

A hallgatási kötelezettség alóli felmentés egy már korábbi - orvos vagy más egészségügyi alkalmazott által -, véghezvitt kezelésre csak akkor érvényes, amennyiben ezek az adatok a szolgáltatási kötelezettség ellenőrzéséhez szükségesek (a káresemény bekövetkezte előtt maximum egy évvel, hosszabb időn keresztül rendszertelenül fellépő pl. pszichikai vagy epileptikus betegségek-nél két évvel).

A biztosított személy által kitöltendő

Az utazás lefoglalásának napja	<input type="text"/>	Az utazás kezdetének időpontja	<input type="text"/>
Célország	<input type="text"/>		
Hely, dátum	<input type="text"/>	Aláírás <small>(kiskorúaknál a törvényes képviselő aláírása kötelező)</small>	<input type="text"/>

Orvosi igazolás

A biztosítónál történő bemutatásra
Mondial Assistance - Károsztály
Orco Business Park B. ép. 4. em.
2040 Budaörs, Szabadság út 117.

Tisztelt Doktor Úr/ Doktornő!

Kérjük a következő kérdéseket a biztosított ügyfél nyilatkozatának értelmében megválaszolni, hogy az útlemondási-biztosításból származó szolgáltatási kötelezettségünket helyesen tudjuk megítélni.

A páciens neve	<input type="text"/>	Keresztneve	<input type="text"/>
Születési dátum	<input type="text"/>	Foglalkozás	<input type="text"/>
Utca	<input type="text"/>		
Irányítószám/Város	<input type="text"/>		

A. A biztosított betegsége/ balesete

Diagnózis

Mikor lett a diagnózis megállapítva?

Mikor történt meg az első orvosi látogatás ezen panaszok miatt?

Fennállt-e ebben az időpontban ellenjavallat az utazás megkezdésére?

Fennállt-e munkaképtelenség? nem igen

Mikortól?

Kórházi kezelés? nem igen

- tól

- ig

A beutaló orvos neve

Fennállt-e már a betegség hosszabb idő óta? nem igen, mióta?

igen, mióta?

Fennállt-e az utazás lefoglalásakor* a kérdés, hogy vajon a páciens a tervezett utazáson egészségügyi rizikó nélkül részt tud-e venni?

nem

igen

* lásd az előző oldalon megadott dátumot

Önt megkérdezték ezügyben? nem igen

Mikor?

Megjegyzés

Milyen időponttól fogva volt várható, hogy a lefoglalt utazáson való részvétel egészségügyileg nem lehetséges vagy már nem elvárható? (kérjük a pontos dátum megadását)

B. Az utazáson nem résztvevő hozzátartozó betegsége

Diagnózis

Mikor jelentkezett a betegség?

Mikor volt először felismerhető, hogy a hozzátartozók jelenléte a páciens egészségügyi állapotára való tekintettel elengedhetetlen?

C. Terhesség

Mikor állapították meg a terhességet?

Mikor volt először felismerhető, hogy az utazás véghezvitele a terhesség figyelembe vételével nem lehetséges?

Hely, dátum

Az orvos pecsétje

Aláírás

Az orvos által kitöltendő!