

Aktaszám

Kárjelentés**G y ó g y í t t a t á s i k ö l t s é g e k**

Kérjük figyelmesen és kompletten kitölteni!

Mondial Assistance - Károsztály
AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
2040 Budaörs, Szabadság út 117.
Tel.: +36 23 507 416 - Fax: +36 23 507 414
E-Mail: karbejelentes@mondial-assistance.at
www.mondial-assistance.hu

1. Biztosított személy adatai

Név és keresztnév	<input type="text"/>		
Uta, házsám	<input type="text"/>		
Irányítószám/Város	<input type="text"/>		
Kötvényszám	<input type="text"/>	Születési dátum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon (privát)	<input type="text"/>	TAJ szám	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Tartalmaz-e hitelkártyája utasbiztosítást?	Nem <input type="checkbox"/>	Igen <input type="checkbox"/>	
			Ha igen, melyik pénzintézetnél? <input type="text"/>

2. A betegség részletei

Az utazás dátuma	<input type="text"/>
Tartózkodási cím a megbetegedés idején (pl. hotel)	<input type="text"/>
Fennállt-e betegség az utazás megkezdésekor? Ha igen, mely(ek)?	<input type="text"/>
Mikor jelentkeztek először a jelenlegi betegség tünetei?	<input type="text"/>
Milyen panaszok jelentkeztek (a megbetegedés formája)?	<input type="text"/>

3. A kezelő orvosok neve és címe:

Az utazás alatt	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
A lakóhelyen	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Jelenleg kórházi kezelés alatt áll-e? Ha igen, melyik kórházban tartózkodik?	<input type="text"/>
Jelentkezett-e ez a betegség már korábban is Önnél? Ha igen, mikor?	<input type="text"/>
Ki volt az akkori kezelőorvos?	<input type="text"/>

4. Hova kéri átutalni a kifizetendő összeget?

IBAN	<input type="text"/>	Devizanem	<input type="text"/>
A számlatulajdonos neve, címe	<input type="text"/>	Swift-kód	<input type="text"/>

Több számla esetében kérjük mellékeljen egy részletes költségfelsorolást (pénznem/összeg).

Hely, Dátum	<input type="text"/>	Alíráás	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------	----------------------

5. Orvosi igazolás - Medical Report

Biztosított személy/insured person

Születési dátum/date of birth

Mely időpontban kereste fel Önt először a biztosított személy (nap, óra)? When did the insured first consult you? **-kor/at** **:**

Mi az Ön által megállapított diagnózis? What is your diagnosis?

Ön szerint a biztosított személy utazásának megkezdésekor teljesen egészséges volt? Ha nem, kérjük adja meg az anamnézist. Was the insured in good health at the beginning of the journey? If not, what kind of troubles of health existed at that time?(Anamnesis)

Elengedhetetlen-e egy azonnali hazautazás? Ha igen, mivel? Is an immediate return imperative? If so, what means of transport would you suggest?

Szükséges-e kórházi tartózkodás? Ha igen, előreláthatólag mennyi időre? Is a hospital-stay necessary? If so, for how long?

Milyen kezelést rendelt el a beteg számára? What dispositions have you taken?

A kezelő orvos aláírása és címe	<input type="text"/>
signature and address of the doctor	
Hely, dátum place, date	<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"/>
- orvosi látogatások, gyógyszerek eredeti számlái (a betegség megnevezésének és a kezelés típusának megadása mellett)	igen <input type="checkbox"/>	nem <input type="checkbox"/>