

Aktaszám

Kárjelentés

Gyógyítási költségek

Kérjük figyelmesen és kompletten kitölteni!

Mondial Assistance - Károsztály
AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Tel.: +36 30 472 3626
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

Alíráás

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

signature and address of the doctor

Hely, dátum place, date

A kárrendezéshez a következő dokumentumokra van szükségünk:

- biztosítási kötvény másolata
- az utazás lefoglalásának visszaigazolása
- orvosi látogatások, gyógyszerek eredeti számlái (a betegség megnevezésének és a kezelés típusának megadása mellett)

igen nem
igen nem
igen nem