

Aktaszám

Kárjelentés utazás lemondására**Útlemondási biztosítás**

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			
Utca, házszám			
Irányítószám/Város			
Telefon (privát)		Telefon (munkahely)	
E-Mail			Ha igen, melyik pénzintézetnél?
Tartalmaz-e hitelkártyája utasbiztosítást?	Nem	☐	Igen ☐

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	☐	(lásd 4.1)	Baleset	☐	(lásd 4.2)	Halál	☐	Terhesség	☐
Egyéb esemény, milyen esemény, mikor következett be?									
Kit érintett az esemény?									
Ez a személy rokona-e az utasoknak?									
Nem ☐ Igen ☐ Hogyan?									

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. Betegségnél

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

4.2. Balesetnél

A baleset napja							A baleset helye						
A balesetet harmadik személy okozta-e (részben vagy teljes egészében)?							nem	igen					
A sérülés okozójának neve és címe													
A sérülést okozó felelősségbiztosítása (név, cím, szerződés-szám)?													

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							Az utazást lefoglaló személy aláírása						
A kifizetendő összeg átutalása:													
Utazási iroda/foglalási hely		Biztosított személy		Más									
IBAN									Devizanem				
A számlatulajdonos neve, címe									Swift-kód				

A kárrendezéshez a következő dokumentumokra van szükségünk:

- biztosítási kötvény másolata
- az utazás lefoglalásának visszaigazolása
- stornószámla
- a biztosítási esemény bekövetkeztének igazolása (igazolás, halotti bizonyítvány stb.)

igen	☐	nem	☐
igen	☐	nem	☐
igen	☐	nem	☐
igen	☐	nem	☐

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		Az utazás kezdetének időpontja	
Célország			
Hely, dátum		Aláírás (kiskorúaknál a törvényes képviselő aláírása kötelező)	

Orvosi igazolás

A biztosítónál történő bemutatásra
Mondial Assistance - Károsztály
AWP P&C S.A. Magyarországi Fióktelep
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

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		Keresztneve	
Születési dátum		Foglalkozás	
Uta			
Irányítószám/Város			

A. A biztosított betegsége/ balesete

Diagnózis																																																
Mikor lett a diagnózis megállapítva?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
Mikor történt meg az első orvosi látogatás ezen panaszok miatt?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
Fennállt-e ebben az időpontban ellenjavallat az utazás megkezdésére?																																																
Fennállt-e munkaképtelenség?	nem	☐	igen	☐	Mikortól?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																										
Kórházi kezelés?	nem	☐	igen	☐	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																- tól	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													- ig	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
A beutaló orvos neve																																																
Fennállt-e már a betegség hosszabb idő óta?	nem	☐	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?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																										
Megjegyzés																																																
Milyen időponttól fogva volt várható, hogy a lefoglalt utazáson való részvétel egészségügyileg nem lehetséges vagy már nem elvárható? (kérjük a pontos dátum megadását)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															

B. Az utazáson nem résztvevő hozzátartozó betegsége

Diagnózis																								
Mikor jelentkezett a betegség?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Mikor volt először felismerhető, hogy a hozzátartozók jelenléte a páciens egészségügyi állapotára való tekintettel elengedhetetlen?																								

C. Terhesség

Mikor állapították meg a terhességet?	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Mikor volt először felismerhető, hogy az utazás véghezvitele a terhesség figyelembe vételével nem lehetséges?																								

Hely, dátum													Az orvos pecsétje												
Aláírás																									