

MEDICAL CERTIFICATE

Cancellation/Overseas Medical Expenses

For office use only
Claim Reference:



Please answer ALL Questions Below – **BLOCK CAPITALS PLEASE**

1. Patient Details

Surname:	<input type="text"/>	Given Names:	<input type="text"/>
Date of Birth:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

2. Doctor Details

Surname:	<input type="text"/>	Given Name:	<input type="text"/>
Are you the registered medical practitioner of the person name in 1?	YES / NO	If YES, for how long?	<input type="text"/>
If NO, what is your involvement in this matter?			

3. Condition Details

a) State the precise nature of the medical condition/ illness/ injury/ cause of death that gives rise to the claim:		<input type="text"/>			
b) If injury, or death caused by injury, state how this was caused:		<input type="text"/>			
c) Date of onset:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	d) Date first consulted:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	e) Date of any serious deterioration (if applicable):	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
f) Has the patient suffered the same, similar or related condition in the last 2 years?	YES / NO	If YES, please provide dates:			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
g) Please provide details of any medical conditions – including those which are considered to be pre-existing or ongoing – which have been investigated or treated; for which medication has been prescribed or changed; consultant or hospital referrals made; or inpatient treatment received prior to the date of issue of the insurance. Please also include details of any conditions for which treatment has been refused:		<input type="text"/>			
h) Was the patient in good health at the time of booking the trip?	YES / NO	i) Has the patient received a terminal diagnosis?	YES / NO	If YES on what date was this diagnosis made?	YES / NO
j) Is the claim relating to a pregnancy?	YES / NO	Date pregnancy confirmed:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	LMP:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
k) If travelling, did the patient consult you prior to their journey as to the advisability of undertaking the journey?	YES / NO	If YES, on what date was this consultation?			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	NOT TRAVELLING	On this date, did you confirm that the patient was fit to travel?			YES / NO
l) If the claim is for cancellation of travel arrangements, please state the reason for cancellation:		<input type="text"/>			
m) Please advise the date when if first became apparent that the travel arrangements should be cancelled:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Please state the date you advised of the need to cancel the travel arrangements:			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Are you prepared to certify that, solely due to the condition described in 3(a) above, the claimant(s) are compelled to cancel their travel arrangements?					YES / NO

TO BE COMPLETED AND SIGNED ONLY BY THE REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER

I have examined the person named in section one and/or referred to his/her medical records and I declare that the information given is correct and that no details relevant to the case have been omitted.

Name:.....
Qualifications.....
Address:.....
Signature.....
Date:.....

Surgery Stamp:

ORVOSI IGAZOLÁS

Lemondás/Külföldi orvosi költségek

Kárügyintéző tölti ki
Kárigény ügyszáma:



Kérjük, az ÖSSZES alábbi kérdésre válaszoljon – NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL

1. A beteg adatai

Vezetéknév:		Utónév/utónevek:	
Születési idő:	/ /		

2. Kezelőorvos adatai

Vezetéknév:		Utónév/utónevek:	
Ön az 1. pontban megjelölt személy regisztrált kezelőorvosa?	IGEN / NEM	Ha IGEN, mióta?	
Ha NEM, hogyan vesz részt az ügyben?			

3. A beteg állapotára vonatkozó adatok

a) Pontosan jelölje meg a kárigényre alapot adó egészségügyi állapot/betegség/sérülés/halálok jellegét:							
b) Sérülés vagy sérülés miatti halál esetén jelölje meg ennek okát:							
c) Bekövetkezés dátuma:	/ /	d) Első vizsgálat dátuma:	/ /	e) Súlyos állapotromlás (ha van) dátuma:	/ /		
f) Szenvedett-e a beteg ugyanilyen, hasonló vagy kapcsolódó egészségi állapottól az elmúlt 2 évben?	IGEN / NEM	Ha IGEN, adja meg a dátumo(ka)t:	/ /				
g) Adja meg valamennyi olyan – akár már meglévő, akár folyamatban lévő – egészségi állapot részleteit, amely miatt a beteget kivizsgálták vagy kezelték; amely miatt gyógyszert írtak fel vagy a gyógyszererezést módosították; amely miatt a beteg szakorvosi vagy kórházi beutalót kapott; vagy amely miatt fekvőbeteg-ellátásban részesült a biztosítás kibocsátása előtt. Vegye bele azokat az egészségi állapotokat is, amellyel kapcsolatban a kezelést visszautasították:							
h) Az utazás lefoglalásakor a beteg jó egészségügyi állapotban volt?	IGEN / NEM	i) Közöltek-e a beteggel halálos betegsége vonatkozó diagnózist?	IGEN / NEM	Ha IGEN, mikor állapították meg ezt a diagnózist?	IGEN / NEM		
j) Terhességgel kapcsolatos a kárigény?	IGEN / NEM	Terhesség megerősítésének dátuma:	/ /	Utolsó menstruáció kezdőnapja:	/ /	ECD:	/ /
k) Utazás esetén konzultált-e Önnel a beteg az utazás javasolhatóságával kapcsolatban?	IGEN / NEM	Ha IGEN, mikor volt ez a konzultáció?			/ /		
	NEM UTAZOTT	Ezen a napon megállapította-e Ön, hogy a beteg utazásra alkalmas állapotban volt?			IGEN / NEM		
l) Ha a kárigény utazáslemondással kapcsolatos, mi a lemondás oka?							
m) Mikor merült fel először az utazás lemondásának szükségessége?	/ /	Mikor közölte az utazás lemondásának szükségességét?	/ /				
Kész-e Ön igazolni, hogy a kárigénylő(k) pusztán a fenti 3. pont a) alpontjában megjelölt okból kénytelenek lemondani az utazást?	IGEN / NEM						

ORVOSI IGAZOLÁS

Lemondás/Külföldi orvosi költségek

Kárügyintéző tölti ki

Kárigény ügyszáma:



KIZÁRÓLAG A REGISZTRÁLT KEZELŐORVOS TÖLTI KI ÉS ÍRJA ALÁ

A fenti 1. pontban megnevezett személyt megvizsgáltam és/vagy egészségügyi dokumentációját áttekintettem, és kijelentem, hogy a megadott információk helytállóak, és az ügy egyetlen lényeges részlete sem maradt ki.

Név:.....

Képesítés.....

Cím:.....

Aláírás.....

Dátum:.....

Orvosi bélyegző: