

CLAIM FORM

IGÉNYBEJELENTŐ LAP



International Private Medical Insurance
MediHelp International Plans

Important Notes

- To assist us in processing your claim efficiently and speedily, please complete this form fully, clearly and legibly.
- Please complete Sections A, B, C, D and E.
- All claims should be submitted within 180 days from the issue date of your invoice.
- Please attach all original bills, retaining photocopies for your personal reference.
- A separate claim form should be used for each patient and each medical condition.
- Processing of your claim may be delayed if the information provided is incomplete.

Fontos megjegyzések

- Kérjük, hogy a nyomtatvány egészét tisztán és jól olvashatóan töltsse ki. Ezzel segít abban, hogy igényét hatékonyan és gyorsan tudjuk elbírálni.
- Kérjük, hogy töltsse ki az A, B, C, D és E szakaszt is.
- Az igényeket a kezelés megkezdését követő 180 napon belül kell beküldeni.
- Kérjük, csatolja az eredeti számlákat, de őrizze meg a fénymásolatokat.
- Minden betegnek és minden betegséghez külön nyomtatványt kell kitölteni!
- Ha az Ön által megadott adatok nem teljesek, azzal késleltetheti az igénye elbírálását.

SECTION A/ A SZAKASZ

MY MEMBERSHIP DETAILS/A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Mr. / Mrs. / Ms.	Name & Surname Kereszt- és vezetéknev												
Policy no. Kötvényszám													
Date of birth Születési idő	Day Nap			Month Hónap				Year Év					
Address Cím													
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil													
E-mail address E-mail cím													
Total Amount of the claim A biztosítási igény teljes összege													
Country where the treatment took place Melyik országban történt a kezelés													

SECTION B/ B SZAKASZ

MY TREATMENT DETAILS/KEZELÉSI ADATOK

This section must be completed by the doctor in overall charge of the patient's treatment, or the patient himself if there is a medical report to confirm.

Ezt a szakaszt a beteg kezelőorvosa vagy végleges orvosi szakvélemény hiányában a beteg maga tölti ki.

Medical Practitioner's details/ Orvos adatai:

Name Név													
Address Cím													
Qualifications Képesítés													
Diagnosis Diagnózis													

Onset date when symptoms first noticed by patient/ Mikor észlelte először a tüneteket a beteg?													
When did the patient first see a doctor? Mikor fordult a beteg először orvoshoz?													

Details of treatment/ Kezelés részletei 									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details of operation/ Műtét részletei 									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details of medication/ Gyógyszeres kezelés részletei 									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospital dates/ Kórházi ellátás időszaka	Admission date/ Betegfelvétel napja		Discharge Date/ Elbocsátás napja	
Name and address of admitting hospital/ Az ellátást nyújtó kórház neve és címe	Reference number Hivatkozási szám			

The hospital needs to stamp this claim form here:
 Kórházi pecsét helye:

Address Cím																															
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil																															
Fax																															
E-mail address E-mail cím																															

SECTION C/ C SZAKASZ

CASH BENEFIT/KÉSZPÉNZES JUTTATÁS

The hospital should complete this section if you have stayed in hospital overnight without charge, and your plan includes a Cash Benefit. Ezt a szakaszt a kórház tölti ki, ha Ön térítésmentesen maradt éjszakára a kórházban és a biztosítása készpénz juttatást is tartalmaz.

I confirm that
 was in hospital from to and this hospital
 did not charge for accommodation.

Igazolom, hogy
 a kórházban tartózkodott-tól-ig
 és térítésmentesen töltötte a kórházban az éjszakát.

SECTION D/ D SZAKASZ

MY PREFERRED CHOICE OF REPAYMENT FIZETÉSI PREFERENCIÁK ÉS RÉSZLETEK

Who would you like us to pay? (please tick one only) Kinek a számára történjen a kifizetés? (kérjük, csak egyet jelöljön meg)	Doctor/Hospital Orvos/ Kórház <input type="radio"/>	Policyholder/ Szerződő <input type="radio"/>	Patient (insured)/ Beteg (biztosított) <input type="radio"/>
---	---	--	--

Payment by Electronic Funds Transfer to a bank account Fizetés bankszámlára történő elektronikus átutalással

Bank name Bank neve																
Swift/ BIC code* Swift kód/ BIC kód																
Sort code (UK only) Sort code (csak UK)																
Account number/ IBAN Számlaszám/ IBAN																
Account name Számlatulajdonos neve																
Currency for transfer Átutalás devizaneme																
Bank address Bank címe																
Post code Irányítószám																
Country/ Ország																

* In order to process your payment as quickly and securely as possible, we strongly recommend that you provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch.

Your bank will be able to provide you with this information if necessary.

We recommend that bank transfers are made in the currency of your bank account. If you have asked us to pay the provider, and an annual deductible applies to your cover, the deductible will be collected using your direct debit or credit card.

* A kifizetés minél biztonságosabban történő feldolgozása érdekében javasoljuk, hogy adja meg IBAN számlaszámát és bankfiókja SWIFT kódját egyaránt. Ha szükséges, bankja megadja Önnek ezeket az adatokat.

Azt javasoljuk, hogy az átutalást bankszámlája pénznemében indítsa. Ha a szolgáltató részére történő kifizetést választotta és biztosítása éves önrészt tartalmaz, akkor az önrész összegével bank- vagy hitelkártyáját terheljük.

Date/Dátum: _____

Signature/Aláírás