

KÁRBEJELENTŐ

(Munkaképtelenség esetén 61. naptól)

Contact Center: 06 40 405 405

Fax: 06 1 458 4260

www.signal.hu, info@signal.hu

Kirendeltség kódja:

Kárszám:

ÜGYFÉL TÖLTI KI

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1. A biztosított neve (nőknél leánykori név is): | | 2. Születési év, hó nap: | |
| 3. Állandó lakhely (helység, utca, szám, irányítószám): | | 4. Levelési cím: | |
| 5. Születési hely: | | 6. Anyja neve: | |
| 7. Foglalkozás: | | 8. Munkahely (neve és címe): | |
| 9. Munkakör: | | 10. Táppénzjogosult-e: | |
| 11. Betegség kezdetének ideje: | | 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap | |
| 12. Betegség esetén milyen panaszai és tünetei voltak? | | | |
| 13. Volt-e már korábban is ilyen jellegű betegsége? Ha igen mi és mikor? | | 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap | |
| 14. A baleset ideje: | | 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap | |
| 15. A baleset helye: | | | |
| 16. A baleset leírása (Hogyan történt, milyen sérülés érte?) | | | |
| 17. Érte-e már korábban is baleset? Ha igen mikor, milyen baleset és mely testrészén? | | 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap | |
| 18. Volt-e már előzőleg sérülése a most sérült testrészén? | | | |
| Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. | | | |
| Vizsgáló és kezelőorvosaimnak, társadalombiztosítási kifizetőhelyemnek az orvosi titoktartás alól egészségügyi állapotom, betegsége (balesetem) következményei tekintetében a SIGNAL Biztosító Zrt-vel szemben felmentést adok. | | | |
| Kelt: 20... évhónap | | | |
| A biztosított aláírása | | | |

KÁRBEJELENTŐ

(Munkaképtelenség esetén 61. naptól)

Contact Center: 06 40 405 405

Fax: 06 1 458 4260

www.signal.hu, info@signal.hu

ORVOSI IGAZOLÁS

| KÉRDÉSEK | VÁLASZOK |
|---|--|
| 1. A folyamatos keresőképtelenség, munkaképtelenség: | első napja: 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap utolsó napja: 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap |
| 2. A kórisme leírása és kódszáma: | |
| BETEGSÉG ESETÉN | |
| 3. A beteg a fenti betegséggel korábban állt-e gyógykezelés alatt? Ha igen, első ízben mikor? | 20 <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap |
| 4. A korábbi gyógykezelés leírása: | |
| 5. A jelenlegi betegséggel mióta és milyen kezelésben részesült Önnél? | |
| Szakorvosi rendelőintézetben (mettől meddig) ? | |
| Fekvőbeteg gyógyintézetben (mettől meddig) ? | |
| Amennyiben a gyógytartam elhúzódó, ennek indoka: | |
| BALESET ESETÉN | |
| LEHETŐLEG A SÉRÜLÉST ELSŐ ÍZBEN ELLÁTÓ ORVOS TÖLTSE KI ! | |
| 6. Mióta kezeli a sérültet? | |
| 7. Az esemény körülményeinek a leírása (orvosi napló vagy kórada- tok alapján): | |
| 8. Ha a sérült testrész csonkolással járt, az amputáció szintjének pontos leírása: | |
| 9. A sérült a baleset előtt szenvedett-e valamilyen betegségben vagy testi fogyatékoságban, amely | |
| hozzájárult a baleset előidőzéshez? | igen - nem |
| súlyosítja a baleset okozta egészségromlást? | igen - nem |
| 10. A jelenleg sérült testrészt érte-e már előzőleg baleset követke- zőben sérülés? Ha igen, milyen mértékben? | |
| 11. Amennyiben a gyógytartam elhúzódó, ennek indoka: | |
| Kelt: 20... évhónap | |
| A kezelőorvos aláírása | |