

Szolgáltatási igénybejelentő

baleset-, egészség- és életbiztosításhoz, valamint vagyonbiztosításhoz
kötött baleset-, egészség- és életbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Kötvényszám(ok), amely(ek)re vonatkozólag szolgáltatási igénybejelentést tesz

Kötvényszám: Kötvényszám:

Szerződő adatai (Amennyiben a szerződő és biztosított azonos, akkor csak a biztosított adatait kell kitölteni!)

Szerződő neve: Mobiltelefon/telefon:

Állampolgárság: Email cím*:

Születési helye, ideje: Születési ország:

Címe:

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Állampolgárság: Email cím*:

Születési helye, ideje: Születési ország:

Anyja neve: Foglalkozása:

Címe: Pontos munkatevékenysége:

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportol?):

Milyen szinten? ☐ Kiemelt sportoló ☐ Élvi szinten sportoló ☐ Regionális szinten versenyző sportoló

☐ Területi szinten versenyző sportoló ☐ Hobbi sportoló ☐ Nem sportol

A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit sportolt?):

Mettől meddig sportolt és milyen szinten (a fenti besorolás alapján)?

Igénybejelentő adatai (Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől!)

Igénybejelentő neve: Telefon:

Születési helye, ideje: Email cím*:

Címe:

Kiskorú kedvezményezett/biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám, gondnok) adatai

Neve: Telefon:

Állampolgárság: Email cím*:

Születési helye, ideje: Születési ország:

Címe:

Törvényes képviselőként nyilatkozom, hogy jogosult vagyok rendelkezni az általam képviselt kedvezményezett személybiztosítási szolgáltatást érintő vagyoni ügyekben.

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

Tudomásul veszem, hogy erre vonatkozó kifejezett, ellentétes tartalmú nyilatkozat hiányában a fent megjelölt szerződés(ek) vonatkozásában benyújtott szolgáltatási igénybejelentő, valamint az azzal kapcsolatban a biztosítóhoz benyújtott dokumentumok alapján a biztosító valamennyi, ügyfél által érintett szerződés vonatkozásában lefolytatja a kárrendezési eljárást, és jogalap megállapítása esetén szolgáltatást nyújt.

Kelt:

.....
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

Kötvényszám: Szerződő neve:

Kedvezményezett adatai (A kedvezményezett tölti ki és írja alá!)

- ☐ A biztosított életében esedékes szolgáltatásra jogosult kedvezményezett (név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában a biztosított)
- ☐ Haláleseti kedvezményezett

Kedvezményezett neve: Telefon:
 Állampolgárság: Email cím*:
 Születési helye, ideje: Születési ország:
 Címe: Számlaszáma:

.....
 Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

Tájékoztatjuk, hogy a haláleseti szolgáltatási összeget – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényi szabályozásnak megfelelően – csak a szolgáltatási összegre jogosult kedvezményezett, a szerződő ügyfél, valamint a kifizetés jogosultjától eltérő bankszámla tulajdonos átvilágítása után fizethetjük ki. Az átvilágítással kapcsolatban kérjük, egyeztessen személyes vagy telefonos ügyfélszolgálatunkon.

Számlatulajdonos, amennyiben eltér a haláleseti kedvezményezettől:

Számlatulajdonos neve:
 Születési ország, hely és idő:
 Állampolgárság: Mobiltelefonszám**:
 Számlaszám: – –

Kérjük, nyilatkozzon a kifizetés címzettjéhez fűződő kapcsolat jellegéről, ha a kifizetés címzettje nem azonos a szerződővel vagy a kedvezményezettel.

- ☐ **hozzátartozó** (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő és testvér, élettárs, egyeneságbeli rokon házastársa, házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és testvér házastársa)
- ☐ **egyéb** (kérjük megjelölni):

Ha a szerződőtől vagy kedvezményezettől eltérő személy részére kéri a kifizetést, akkor a szerződő/kedvezményezett mellett a kifizetés címzettje is ügyfél-átvilágítási kötelezettség alá esik. Ha a megjelölt, szerződéshez nem köthető címzett nem minősül hozzátartozónak, akkor fokozott átvilágítás szükséges. Ennek során nyilatkozni kell a korábban teljesített befizetések (mint pénzeszközök) és vagyon (hárommillió forintot meghaladó értékű vagyoni eszközök) forrásáról.

.....
 Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

** A számlatulajdonos telefonos elérhetőségének a megadása az átvilágítási ügymenetet és így a kifizetés teljesítését gyorsíthatja azáltal, hogy a számlatulajdonost telefonon közvetlenül megkereshetjük az átvilágítása érdekében. Kérjük, hogy a telefonszámot csak akkor adja meg a részünkre, ha arról számlatulajdonossal előzetesen egyeztetett és ahhoz a számlatulajdonos hozzájárult.

Baleset esetén töltendő ki

Baleset időpontja: év hó nap, óra

A baleset pontos helye:

Hogyan történt a baleset és milyen sérülés érte a biztosítottat? Az esemény részletes leírása:

A jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően baleset vagy betegség következtében sérült volt-e? ☐ igen ☐ nem

Kötvényszám: Szerződő neve:

Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? (Kérjük x-szel jelölje!)

Élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetén

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Csonttörés | ☐ Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés | ☐ Rosszindulatú daganatos betegségek |
| ☐ Lágyszövetek sérülése | ☐ Baleseti műteti térítés, műteti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás | ☐ Daganatdiagnosztika |
| ☐ Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás | ☐ Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés) | ☐ 40 elemű kiemelt kockázatú betegség |
| ☐ Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség | | ☐ Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál |
| ☐ Kiemelt kockázatú betegség | | ☐ Baleseti költségtérítés |
| | | ☐ Előrehozott részfizetés |

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén

- ☐ Biztosított által előfinanszírozott ellátások

NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosított jogviszonya; továbbiakban egységesen: biztosítási szerződés) megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszeresse és nyilvántartsa.

Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.

Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy a fenti jelölőnégyzet kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról.

- ☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, – illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.

- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja

Kelt:

A biztosított, illetve a biztosított halála esetén annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok aláírása

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

Az adatkezelés céljai:

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- panaszok kezelése.

Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni. Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a general.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Kötvényszám: Szerződő neve:

Kérjük, hogy a szolgáltatási igény bejelentéshez szíveskedjen a felsorolt dokumentumokat csatolni!

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el! Tájékoztatjuk, hogy a biztosító bármely eredeti dokumentum bemutatását kérheti.

Baleset esetén

- ☐ rendőrség/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (szakértői vélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, ha készült)
- ☐ közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- ☐ véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- ☐ az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata

Továbbá

Halál, baleseti halál esetén

- ☐ halotti anyakönyvi kivonat másolata
- ☐ halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- ☐ boncjegyzőkönyv másolata
- ☐ halotti epikrízis
- ☐ a halálesettel összefüggő összes orvosi dokumentum másolata
- ☐ külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- ☐ jogerős öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg)
- ☐ orvosi nyilatkozat*

Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén

- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- ☐ friss kezelőorvosi állapotleírás az előírt űrlap szerint
- ☐ állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés) esetén

- ☐ a rokkantság esetén a megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok, szakvélemények másolata (rokkantsági határozat és szakvélemény feltétlenül szükséges)
- ☐ orvosi nyilatkozat*

Kiemelt kockázatú betegség esetén

- ☐ kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás)
- ☐ ha műtét is történt: műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük, ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak WHO kód alapján lehetséges)
- ☐ a kiemelt kockázatú – dread disease – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok
- ☐ orvosi nyilatkozat*

Keresőképtelenség esetén

- ☐ keresőképtelenségi igazolás (táppénzes lapok) másolata, ennek hiányában a társadalombiztosítási kifizetőhely igazolása a keresőképtelenség tartamáról
- ☐ ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás)
- ☐ szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap
- ☐ folyamatos keresőképtelenség esetén 60 naponta friss kezelőorvosi dokumentum másolata

Munkanélküliség esetén

- ☐ a területileg illetékes munkaügyi központ (2 oldalas) határozata, az álláskeresési járadék, illetve az álláskeresési segély megállapításáról
- ☐ havonta be kell mutatni a területileg illetékes munkaügyi központ által kiállított hatósági bizonyítványt a munkanélküliség folyamatosságáról

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén

- ☐ az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számla
- ☐ a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl. ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló, stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is

☐ Egyéb:
.....
.....
.....

Mellékletek száma: db

* A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

Kárbejelentését a leggyorsabban a generali.hu/Home/Online_ugyfelszolgalat/Karbejelentes/SzemelyBiztositas oldalon intézheti.

Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le vagy elektronikusan küldje el a generali.hu@generali.com email címre.

SZEMÉLYES LEADÁS ESETÉN TÖLTENDŐ KI (kivéve alkuszi átvételnél)!					Átvevő munkatárs aláírása	Szerződő/bejelentő aláírása
Nyomtatvány átvételének időpontja						
Év	Hónap	Nap	Óra	Perc		
					☐ belső munkatárs ☐ függő tanácsadó ☐ többes ügynök	