

# Szolgáltatási igénybejelentő

pénzügyi intézmények termékeihez kapcsolódó személybiztosításokhoz



**Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • [generali.hu/kapcsolat](http://generali.hu/kapcsolat)**

**Tisztelt Ügyfelünk!**

**Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány mindkét oldalának pontos kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!**

Pénzügyi intézmény neve: .....

Hitel(ei) típusa(i):    ☐ jelzáloghitel        ☐ személyi kölcsön        ☐ hitelkártya        ☐ folyószámla        ☐ áruhitel        ☐ egyéb

Pénzügyi intézmény neve: .....

Hitel(ei) típusa(i):    ☐ jelzáloghitel        ☐ személyi kölcsön        ☐ hitelkártya        ☐ folyószámla        ☐ áruhitel        ☐ egyéb

## Biztosított adatai

Biztosított neve: ..... Születési ideje: .....

Címe: .....

Telefon: .....  Email cím: .....  
Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

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

Neve: ..... Születési ideje: .....

Címe: .....

Telefon/fax: ..... Email cím: .....

Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

## Baleset esetén töltendő ki!

A baleset időpontja: 20 ..... év ..... hó .....-n ..... 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?

.....

**A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján (Kérjük x-szel jelölje!)**

|                                                                       |                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haláleset                                    | <input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés) |
| <input type="checkbox"/> Baleseti halál                               | <input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegség                                       |
| <input type="checkbox"/> Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Munkanélküliség                                                  |
| <input type="checkbox"/> Keresőképtelenség                            | <input type="checkbox"/> .....                                                            |

**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! (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)**

#### 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

#### 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 kedvezményezett 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)

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

Kelt: .....

#### 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
- ☐ Orvosi nyilatkozat\*

#### Munkanélküliség esetén

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

☐ Egyéb:

.....  
.....

Mellékletek száma: ..... db

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

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása  
(a biztosított, illetve a biztosított halála esetén annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő – szülő, gyám gondnok)

**Kárbejelentését a leggyorsabban a [generali.hu/Home/Online\\_ugyfelszolgalat/Karbejelentes/SzemelyBiztositas](http://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](mailto:generali.hu@generali.com) email címre.**

## NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában 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 beszerezze és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. pénzügyi intézmény, háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól, és 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 továbbítsa.

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, orvossalakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

- ☐ 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 összegéről 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.
- ☐ Jelen nyilatkozat aláírásával a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény 161. § (1) bekezdésben foglaltak alapján hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen igénybejelentőn megjelölt pénzintézet(ek) a Kölcsönszerződéshez és a biztosítási szerződéshez kapcsolódó – banktitoknak minősülő – összes adatomat a biztosítás létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosításból származó követelések elbírálásához szükséges, vagy vonatkozó jogszabály(ok) által meghatározott egyéb cél eléréséhez szükséges mértékben és ideig a biztosítónak és a biztosításközvetítőnek a cél és ok megjelölésével átadja.

Kelt: .....

### Tanú 1

Név: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

- ☐ Hozzájárulok, hogy a biztosító és a biztosításközvetítő ezen adatokat nyilvántartsák. Hozzájárulok, hogy a biztosító a hivatkozott adatokat viszontbiztosítójához továbbítsa.

## 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 generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.**

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása  
(a biztosított, illetve a biztosított halála esetén annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő – szülő, gyám gondnok)

### Tanú 2

Név: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....