

Szolgáltatási igénybejelentő számlabiztosításhoz



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

Pénzügyi intézmény: **Unicredit Bank Hungary Zrt.**

Kötvényszám: Nyilvántartási szám (Biztosító tölti ki!):

Szerződő/Biztosított neve: Születési dátuma:

Anyja neve: Lakcíme:

A szolgáltatási igényt ki jelenti be? (bejelentő)

☐ szerződő/biztosított ☐ biztosított közeli hozzátartozója ☐ egyéb:

A bejelentő eddig meg nem adott további adatai

Neve: Címe:

Telefonszáma: Email címe*:

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

Neve: Telefon:

Születési helye, ideje: Email cím*:

Címe:

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

A biztosítási esemény jellege

☐ Bankkártya lopás, rablás ☐ ATM-rablás ☐ Kártyával való visszaélés
☐ Keresőképtelenség ☐ Baleset ☐ Kritikus betegség ☐ Elhalálozás

A biztosítási esemény leírása

Helye: Időpontja:

Részletes leírás (mi történt?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:

Születési helye, ideje: Email cím*:

Címe: Számlaszáma:

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

CSAK HALÁLESETNÉL TÖLTENDŐ KI!

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 hely és idő:

Mobiltelefonszám**:

Számlaszám:

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

☐ 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.

A biztosítottat melyik egészségügyi intézményben kezelték?

A háziorvos neve: Telefonszáma:

Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információm erről

Történt-e véralkohol-vizsgálat? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információm erről

A balesetben sérült testrész ezt megelőzően betegség vagy baleset miatt sérült volt-e már (balesetkor)? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információm erről

A baleset munkavégzés közben történt-e (balesetkor)? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információm erről

Kérjük, hogy bankkártya-biztosítási szolgáltatási igényét 24 órán belül a +36 1 465 3711 asszisztencia telefonszámon jelentse be.

Kérjük jelölje meg az igényelt szolgáltatást és azokat a dokumentumokat, melyeket az igénybejelentővel egyidőben beküld!

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!)

☐ Bankkártya lopás, rablás	☐ rendőrségi jegyzőkönyv ☐ számlák (ha vannak)
☐ ATM rablás	☐ rendőrségi jegyzőkönyv
☐ Kártyával való visszaélés	☐ rendőrségi jegyzőkönyv (ha készült)
☐ Baleseti eredetű csonttörés	☐ csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás
☐ Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés	☐ baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok
☐ Keresőképtelenség	☐ keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány ☐ kórházi zárójelentés (ha történt kórházi kezelés)
☐ Kritikus betegség bekövetkezése	☐ a baleset vagy betegség kezdetének, kivizsgálásának, és a következmény lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok, leletek ☐ utolsó biztosítási kötvény
☐ Elhalálozás	☐ biztosított halotti anyakönyvi kivonata ☐ biztosított halottvizsgálati bizonyítványa ☐ baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (balesetkor) ☐ halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (nem balesetkor) ☐ jogerős hagyatékátadó végzés vagy az öröklési bizonyítvány
Bármely esetben, ha készült:	☐ baleseti jegyzőkönyv ☐ hatósági (pl. rendőrségi), munkahelyi intézkedés jegyzőkönyve ☐ véralkohol vizsgálat eredménye ☐ bírósági határozat

Alulírott nyilatkozom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel.

Kelt:

.....
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)

NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (továbbiakban egy-
ségeken: biztosítási szerződés) megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megíté-
lésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszeresse és nyilván-
tartsa.
Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt köve-
tően, 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 meg-
ítélésével, 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, orvosszakértők, egészségügyi szol-
gáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.
- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszűnésé-
vel, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtat-
ványon 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 megjelölt pénzügyi intézménynél vezetett fizetési számlához és a biztosítási szerződéshez kapcsolódó – bank-
titoknak 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.
- ☐ Hozzájárulok, hogy a biztosító és a biztosításközvetítő ezen adatokat nyilvántartsák. Hozzájárulok, hogy a biztosító a hivatkozott adatokat vi-
szontbiztosítóhoz 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 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 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 hozzá-
járuláson 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 lehe-
tőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

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

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 gondnok
aláírása

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. ügyfél-
szolgálaton adja le vagy elektronikusan küldje el a generali.hu@generali.com email címre.