

# Szolgáltatási igénybejelentő

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



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • general.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: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Címe: .....

## Biztosított adatai

Biztosított neve: ..... Telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Anyja neve: ..... Foglalkozása: .....

Címe: ..... Pontos munkatevékenysége: .....

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportolt?): .....

Milyen szinten?  Kiemelt sportoló  Élvonalbeli 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: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Címe: .....

.....  
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

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

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: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

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 hely és idő: .....

Mobiltelefonszám\*\*: .....

Számlaszám: .....

.....  
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**Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást?** (Kérjük x-szel jelölje!)**Élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetén**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Csonttörés   | <input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés, műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás | <input type="checkbox"/> 40 elemű kiemelt kockázatú betegség                       |
| <input type="checkbox"/> Lágyszövetek sérülése  | <input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés)                             | <input type="checkbox"/> Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál |
| <input type="checkbox"/> Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegség   | <input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés                                   |
| <input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség                                | <input type="checkbox"/> Rosszindulatú daganatos betegségek   | <input type="checkbox"/> Előrehozott részki fizetés                                |
| <input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés           | <input type="checkbox"/> Daganatdiagnosztika  |  |

**Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén**

- Biztosított által előfinanszírozott ellátások

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

**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.
- 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 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 igényteljesítése 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.

**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 adathoz fordíthatósághoz 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.**

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

Kötvénytiszta: ..... 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 hagyatékadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezett név szerint nem neveztek 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 álláskeresői járadék, illetve az álláskeresői 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, házi orvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alappbetegség(ek) megnevezésével (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

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.