

## Szolgáltatási igénybejelentő számlabiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • general.hu@generali.com • generali.hu

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: .....

.....  
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

\* 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 házi orvos 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!)**

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

- Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (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.
- 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, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) 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 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 megjelölt pénzügyi intézménynél vezetett fizetési számlához 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.
- Hozzájárulok, hogy a biztosító és a biztosításközvetítő ezen adatokat nyilvántartsák. Hozzájárulok, hogy a biztosító a hivatkozott adatokat viszontbiztosítójához továbbítsa.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [general.hu](http://general.hu) oldalról.

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 [general.hu/Home/Online\\_ugyfelszolgalat/Karbejelentes/SzemelyBiztositas](http://general.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. Szolgáltatási igénybejelentő postai úton az alábbi címre is beküldhető: Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 vagy elektronikusan a [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) email címre.