

Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz



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

Tisztelt Ügyfelünk!

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

Kötvényszám:

Választott csomag: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F

Intézmény neve:

Time:

Csoport/osztály/kar megnevezése:

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Születési országa, helye, ideje:

Anyja neve: Email cím*:

Címe:

Állampolgársága:

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) adatai

Neve: Telefon/fax:

Születési ideje: Email cím*:

Címe:

Számlaszáma:-.....-.....

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

Kelt: Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

* Kérem hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

A baleset körülményeinek leírása

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 biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe:

.....

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.

A biztosított adatai

Biztosított neve: Születési helye, ideje:

Anyja neve:

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem. (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

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 biztosítási esemény közelebbi körülményeinek tisztázásához szükség esetén a biztosító beérkezeti az általános és különös feltételeiben az egyes szolgáltatásoknál megnevezett további dokumentumokat is, illetve a biztosító kérheti bármely eredeti dokumentum bemutatását!

☐ **Baleset esetén**

- ☐ az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata
- ☐ rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- ☐ közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- ☐ véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredmény (ha készült)

☐ **Csonttörés, fogtörés esetén**

- ☐ Csonttörést, illetve csontrepedést igazoló röntgenlelet vagy orvosi dokumentum fénymásolata, fogtörés esetén a fogtörést igazoló röntgenfelvétel és lelet.

☐ **Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés esetén**

- ☐ Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!) másolata
- ☐ Ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata
- ☐ Orvosi nyilatkozat, nem baleset esetén (a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával)

☐ **Baleseti műtéti térítés, speciális műtét esetén**

- ☐ Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!) másolata
- ☐ Műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)

☐ **Fertőző betegség esetén**

- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata
- ☐ rotavírus fertőzés és fertőzés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata
- ☐ szalmonella fertőzés esetén a széklet tenyésztés eredményének másolata

☐ **Speciális baleset esetén**

- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata
- ☐ a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás vagy Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata
- ☐ kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum másolata
- ☐ szúrt, vágott sérülés esetén sebészeti (traumatológus vagy baleseti sebész) szakellátás dokumentációjának másolata, illetve ín- és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata.

☐ **Baleseti költségtérítés esetén**

- ☐ A kiadásokat igazoló eredeti számlák

☐ **Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén**

- ☐ Az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- ☐ Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

☐ **Baleseti halál esetén**

- ☐ Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- ☐ Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- ☐ Boncjegyzőkönyv másolata
- ☐ Halotti epikrízis másolat
- ☐ 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

Egyéb dokumentumok

Mellékletek száma összesen: db

Kárbejelentését a leggyorsabban a generali.hu/Home/Online_ugyfelszolgalat/Karbejelentenes/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. A gyors kárrendezés érdekében kérjük, hogy a kitöltött Szimba Ügyfélkártyát a szolgáltatási igény bejelentésekor az ügyfélszolgálaton mutassa be!

A biztosított adatai

Biztosított neve: Születési helye, ideje:

Anyja neve:

NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosítotti 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.

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.

Tájékoztatom, 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, kár megelőzéssel 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 kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

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 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.

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