

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:

Címe:

Csoport/osztály/kar megnevezése:

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Születési 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: - -

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:

.....
.....
.....
.....

Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz



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

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 be-kérheti 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 röntgenfelvételt 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
- szűrt, 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 generalihub.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 generalihub@generalihub.com email címre. A gyors kárrendezés érdekében kérjük, hogy a kitöltött Szimba Ügyfélkártyát a szolgáltatási igény bejelentésekor az ügyfélszolgálaton mutassa be!

Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz



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

A biztosított adatai

Biztosított neve: Születési helye, ideje:
 Anyja neve:

- 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.
- 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.

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

Érkezett

G2 ügyfélszolgálat: SZKK: