

# 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:

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

**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 bekérheti 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 költségterítés 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/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. 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 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 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.
- 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 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, 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 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