

Szolgáltatási igénybejelentő

egészségügyi dolgozók COVID19 vírusfertőzéssel kapcsolatban felmerült kárigényéhez



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

Kötvényszám: **92815364636855500**

Szerződő adatai: **Generali Biztosító Zrt., 1066 Budapest, Teréz körút 42–44.**

Kérjük, adja meg, hogy a Generali Biztosítónál vagy Genertel Biztosítónál milyen típusú szerződéssel rendelkezik. Amennyiben ismeri, adja meg a kötvényszámot is.

Szerződéselem van a Generali Biztosítónál Genertel Biztosítónál

Személybiztosítások (élet biztosítás, egészségbiztosítás, balesetbiztosítás, hitelfedezeti biztosítás, megtakarítási biztosítások)

Gépjármű-biztosítás (kgfb, casco)

Vagyonbiztosítás (lakásbiztosítás, egészségügyi felelősségbiztosítási szerződés)

Kötvényszám (többet is felsorolhat):

Hitelfedezeti biztosítás esetén a hitelazonosító szám:

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Születési helye, ideje: Email cím*:

Igénybejelentő adatai (Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől!)

Igénybejelentő neve: Telefon:

Címe: Email cím*:

Igazolás arról, hogy a biztosított a magyar állami egészségügyi rendszerben egészségügyi dolgozóként koronavírus fertőzött betegek egészségügyi ellátásában tevékenyen részt vett.

Ezúton igazoljuk, hogy a fent nevezett biztosított a-nél

.....-től részlegen koronavírus fertőzött beteg ellátásában vett részt.

Intézmény aláírása:

Kedvezményezett adatai (A kedvezményezett tölti ki és írja alá!)

A biztosított életében esedékes szolgáltatásra jogosult kedvezményezett

Halál esetén a biztosított örököse(i)

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**:

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.

Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? (Kérjük x-szel jelölje!)

- Halál
 Kórházi napi térítés

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.
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, kárendezéssel, 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 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, kárendezési 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 jelen igénybejelentőn megjelölt pénzügyi intézet(ek) a fenti hitelazonosító(k) alatt nyilvántartott banki szerződés(ek)hez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás(ok) vonatkozásában – biztosító ezirányú megkeresése alapján – adatot szolgáltatassanak a biztosítónak arról, hogy a jelen nyilatkozaton megjelölt szolgáltatási igény alapján szolgáló biztosítási esemény időpontjában a biztosított rendelkezett-e a Generali Biztosító Zrt. és a pénzügyi intézet(ek) között létrejött csoportos hitelfedezeti biztosítás alapján létrejött biztosított jogviszonnyal. Egyúttal e körben felmentem a pénzügyi intézet(ek) a bankitok megtartásának a kötelezettsége alól a Generali Biztosító Zrt. vonatkozásában.
- **** Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel Biztosító Zrt. – biztosító ezirányú megkeresése alapján – adatot szolgáltatson a biztosítónak arról, hogy a jelen nyilatkozaton megjelölt szolgáltatási igény alapján szolgáló biztosítási esemény időpontjában a biztosított rendelkezett-e a Genertel Biztosító Zrt.-nél olyan hatályban lévő biztosítási szerződéssel, mely a 92815364636855500 kötvényszám alatti csoportos biztosítási szerződés értelmében a biztosítottá válás alapjául szolgál. Egyúttal e körben felmentem a Genertel Biztosító Zrt-t a biztosítási titok megtartásának a kötelezettsége alól a Generali Biztosító Zrt. vonatkozásában.

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 fordíthatóságához 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

*** A hozzájárulás megadása abban az esetben szükséges, ha hitelfedezeti szerződés alapján vált biztosítottá.

**** A hozzájárulás megadása abban az esetben szükséges, ha a Genertel Biztosító Zrt.-nél meglévő biztosítási szerződés alapján vált biztosítottá.

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! (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!).

Halál esetén

- a halottvizsgálati bizonyítvány/halotti epikrízis,
- a boncolási jegyzőkönyv, amennyiben ilyen készült,
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- COVID19 vírusfertőzés diagnosztizálásának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum (ambuláns lap vagy zárójelentés),
- a kedvezményezetti jogosultságot igazoló okirat (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány)
- a biztosítottra vonatkozóan annak az egészségügyi intézménynek az igazolása, amelyben a biztosított COVID19 vírusfertőzött betegekkel kapcsolatos betegellátási tevékenységet végzett,
- a biztosított lakcímkártyája, amennyiben lakásbiztosítási szerződésre hivatkozva jelenti be a szolgáltatási igényt.

Kórházi napi térítés esetén

- COVID19 vírusfertőzést alátámasztó kórházi zárójelentés,
- intenzív osztály zárójelentése, amennyiben történt ilyen ellátás,
- a biztosítottra vonatkozóan annak az egészségügyi intézménynek az igazolása, amelyben a biztosított COVID19 vírusfertőzött betegekkel kapcsolatos betegellátási tevékenységet végzett,
- a biztosított lakcímkártyája, amennyiben lakásbiztosítási szerződésre hivatkozva jelenti be a szolgáltatási igényt.

Kárbejelentését a leggyorsabban a 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 vagy elektronikusan küldje el a general.hu@general.com email címre.