

Államilag finanszírozott általános gyermek- és ifjúsági balesetbiztosítás szolgáltatási igénybejelentő



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888. Generali TeleCenter: 06-40/200-250, Fax: 06-1/451-3857

Tisztelt Ügyfelünk! Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány pontos kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

A biztosított (gyermek) adatai

Neve: _____ Születési ideje: | | | | | | | | | |

Anyja neve: _____ Állampolgársága: _____

Címe: | | | | | | _____

Telefon: | | | | - | | | | | | - | | | | | | E-mail cím: _____ @ _____

Kiskorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) adatai

Neve: _____ Születési ideje: | | | | | | | | | |

Születéskori neve: _____

Címe: | | | | | | _____

Levelezési címe: | | | | | | _____

Telefon/fax: | | | | - | | | | | | - | | | | | | E-mail cím: _____ @ _____

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 szolgáltatás összegét, kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják:

A pénzüintézet neve: _____

Számlatulajdonos neve: _____

Számlaszáma: | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |

Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? Kérjük, jelölje X-szel!

Baleseti halál

A biztosítóhoz benyújtott dokumentumok:

- a kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap
- a biztosított halotti anyakönyvi kivonat másolata
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés másolata
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása
- a biztosított jogosultságát igazoló irat másolata

Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás

A biztosítóhoz benyújtott dokumentumok:

- kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettel a szolgáltatási igénybejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolata,
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása
- amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani a nyomozás során készült jegyzőkönyv, illetve a jogerős határozat másolatát is,
- a biztosított jogosultságát igazoló irat másolata

Csonttörés

A biztosítóhoz benyújtott dokumentumok:

- a kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap
- a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata
- a biztosított jogosultságát igazoló irat másolata

1. Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.
2. Felhatalmazom a biztosított egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adatokat a biztosító írásbeli megkeresésére a biztosítónak átadják. A biztosító írásbeli megkeresése tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is. (A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.)
3. Felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)–(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító a biztosított egészségi állapotával közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le vagy küldje el a (06-1) 451-3857-es faxszámra!

Szolgáltatási igénybejelentő postai úton az alábbi címre is beküldhető: Generali-Providencia Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888.

Kelt

Biztosított aláírása

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok)

Tanú 1

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____

Tanú 2

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____

Érkezett

Kárfeltevő hely:	G2 ügyfélszolgálat:	SZKK:
------------------	---------------------	-------