

Szolgáltatási igénybejelentő lap csoportos kockázati életbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu

Pénzügyi intézmény: **Sberbank Magyarország Zrt.**

Fedezetszám: Nyilvántartási szám (Biztosító tölti ki!):

Biztosított neve: Születési dátuma:

Anyja neve: Lakcíme:

A kárigényt ki jelenti be? (bejelentő)

szerződő biztosított biztosított közeli hozzátartozója egyéb:

A bejelentő eddig meg nem adott további adatai

Neve: Címe:

Telefonszáma: Email címe:

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

A biztosított életében esedékes szolgáltatásra jogosult kedvezményezett (név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában a biztosított)

Haláleseti kedvezményezett

Kedvezményezett neve: Telefon:

Születési helye, ideje: Email cím:

Címe:

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

Neve: Telefon:

Születési helye, ideje: Email cím:

Címe:

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

A szolgáltatás összegét kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják:

Számlatulajdonos neve: Pénzintézet neve:

Számlaszáma: - -

A biztosítási esemény jellege

Daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálatának előírása (daganatos betegség gyanúja)

Kritikus betegség Elhalálozás

A biztosítási esemény leírása

Helye: Időpontja:

Részletes leírás (mi történt?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A biztosítottat melyik egészségügyi intézményben kezelték?

A házi orvos neve: Telefonszáma:

Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés? igen nem nincs információm erről

Történt-e véralkohol-vizsgálat? igen nem nincs információm erről

A baleset munkavégzés közben történt-e (balesetkor)? igen nem nincs információm erről

Kérjük jelölje meg az igényelt szolgáltatást és azokat a dokumentumokat, melyeket az igénybejelentővel egyidőben beküld!

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!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Daganatos betegség gyanúja | <input type="checkbox"/> daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálat előírását igazoló dokumentum |
| | <input type="checkbox"/> a betegség megállapításához szükséges orvosi dokumentumok, leletek, kórházi zárójelentés másolata |
| <input type="checkbox"/> Kritikus betegség bekövetkezése | <input type="checkbox"/> a baleset vagy betegség kezdetének, kivizsgálásának, és a következmény lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok, leletek |
| <input type="checkbox"/> Elhalálozás | <input type="checkbox"/> biztosított halotti anyakönyvi kivonata |
| | <input type="checkbox"/> biztosított halottvizsgálati bizonyítványa |
| | <input type="checkbox"/> baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (balesetkor) |
| | <input type="checkbox"/> halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (nem balesetkor) |
| | <input type="checkbox"/> jogerős hagyatékátadó végzés vagy az öröklési bizonyítvány |
| Bármely esetben, ha készült: | <input type="checkbox"/> baleseti jegyzőkönyv |
| | <input type="checkbox"/> hatósági (pl. rendőrségi), munkahelyi intézkedés jegyzőkönyve |
| | <input type="checkbox"/> véralkohol vizsgálat eredménye |
| | <input type="checkbox"/> bírósági határozat |

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 küldje el a +36 1 451 3857-es faxszámra.

Szolgáltatási igénybejelentő postai úton az alábbi címre is beküldhető: Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888. vagy elektronikusan a general.hu@general.com email címre.

Alulírott nyilatkozom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel.

Kelt:

.....
 Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása
 (a biztosított, illetve a biztosított halála esetén annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő – szülő, gyám gondnok)

- Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában 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. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. Pénzügyi intézmény, háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól, és 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.
- 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 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.
- Jelen nyilatkozat aláírásával a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény 161. § (1) bekezdésben foglaltak alapján hozzájárulok ahhoz, hogy a megjelölt pénzügyi intézménynél vezetett fizetési számlához és a biztosítási szerződéshez kapcsolódó – banktitoknak minősülő – összes adatomat a biztosítás létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosításból származó követelések elbírálásához szükséges, vagy vonatkozó jogszabály (ok) által meghatározott egyéb cél eléréséhez szükséges mértékben és ideig a biztosítónak és a biztosításközvetítőnek a cél és ok megjelölésével átadja.
- Hozzájárulok, hogy a biztosító és a biztosításközvetítő ezen adatokat nyilvántartsák. Hozzájárulok, hogy a biztosító a hivatkozott adatokat viszontbiztosítójához továbbítsa.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a general.hu oldalról.

Kelt:

.....
 Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása
 (a biztosított, illetve a biztosított halála esetén
 annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy
 gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén
 a törvényes képviselő – szülő, gyám gondnok)

Tanú 1

Tanú 2

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: