

Szolgáltatási igénybejelentő számlabiztosításhoz



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

Pénzügyi intézmény: **Unicredit Bank Hungary Zrt.**

Kötvényszám: Nyilvántartási szám (Biztosító tölti ki!):

Szerződő/Biztosított neve: Születési dátuma:

Anyja neve: Lakcíme:

A szolgáltatási igényt 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: E-mail cím:

Címe:

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

Neve: Telefon:

Születési helye, ideje: E-mail cím:

Címe:

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

A szolgáltatás összegét kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják:

Számlatulajdonos neve: Pénzintézet neve:

Számlaszáma: - -

A biztosítási esemény jellege

Bankkártya lopás, rablás ATM-rablás Kártyával való visszaélés
 Keresőképtelenség Baleset 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 balesetben sérült testrész ezt megelőzően betegség vagy baleset miatt sérült volt-e már (balesetkor)?
 igen nem nincs információm erről

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

Kérjük, hogy bankkártya-biztosítási szolgáltatási igényét 24 órán belül a +36 1 465 3711 asszisztencia telefonszámon jelentse be.

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"/> Bankkártya lopás, rablás	<input type="checkbox"/> rendőrségi jegyzőkönyv <input type="checkbox"/> számlák (ha vannak)
<input type="checkbox"/> ATM rablás	<input type="checkbox"/> rendőrségi jegyzőkönyv
<input type="checkbox"/> Kártyával való visszaélés	<input type="checkbox"/> rendőrségi jegyzőkönyv (ha készült)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű csonttörés	<input type="checkbox"/> csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás és funkciócsökkenés	<input type="checkbox"/> baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok
<input type="checkbox"/> Keresőképtelenség	<input type="checkbox"/> keresőképtelenség igazolására rendszeresített nyomtatvány <input type="checkbox"/> kórházi zárójelentés (ha történt kórházi kezelés)
<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"/> utolsó biztosítási kötvény
<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 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 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 generali.hu@generali.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 biztosítási szerződés (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. 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. 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: