

# Szolgáltatási igénybejelentő

baleset-, egészség- és életbiztosításhoz, valamint vagyonbiztosításhoz  
kötött baleset-, egészség- és életbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • Fax: +36 1 451 3857 • general.hu@general.com

Kötvényszám(ok), amely(ek)re vonatkozólag szolgáltatási igénybejelentést tesz

Kötvényszám: ..... Kötvényszám: .....

## Szerződő adatai (Amennyiben a szerződő és biztosított azonos, akkor csak a biztosított adatait kell kitölteni!)

Szerződő neve: ..... Mobiltelefon/telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím: .....

Címe: .....

## Biztosított adatai

Biztosított neve: ..... Telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím: .....

Anyja neve: ..... Foglalkozása: .....

Címe: ..... Pontos munkatevékenysége: .....

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportol?): .....

Milyen szinten?  Kiemelt sportoló  Élvonalbéli sportoló  Regionális szinten versenyző sportoló  
 Területi szinten versenyző sportoló  Hobbisportoló  Nem sportol

A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit sportolt?): .....

Mettől meddig sportolt és milyen szinten (a fenti besorolás alapján)? .....

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

Igénybejelentő neve: ..... Telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím: .....

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: .....

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 vagy gondnok)

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

**Baleset esetén töltendő ki**

Baleset időpontja: ..... év ..... hó ..... nap, ..... óra

A baleset pontos helye: .....

Hogyan történt a baleset és milyen sérülés érte a biztosítottat? Az esemény részletes leírása: .....

A jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően baleset vagy betegség következtében sérült volt-e?  igen  nem**Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? (Kérjük x-szel jelölje!)****Élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetén**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Csonttörés  | <input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés                           | <input type="checkbox"/> Rosszindulatú daganatos betegségek                        |
| <input type="checkbox"/> Lágyszövetek sérülése   | <input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés, műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás | <input type="checkbox"/> 40 elemű kiemelt kockázatú betegség                       |
| <input type="checkbox"/> Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás/funkciócsökkenés | <input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés)                             | <input type="checkbox"/> Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál |
| <input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség, keresőképzettség  | <input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegség   | <input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés                                   |
| <input type="checkbox"/> Daganatdiagnosztika   |   | <input type="checkbox"/> Előrehozott részkiefizetés                                |

**Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén**

- 
- Biztosított által előfinanszírozott ellátások

Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosítotti 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. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. 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, – 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 kockázatbírálással 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, kármegegyezéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

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 generali.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 vagy gondnok)

Tanú 1

Tanú 2

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

**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.

**Baleset esetén**

- rendőrség/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (szakértői vélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, ha készült)
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)
- gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata
- az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata

**Továbbá:****Halál, baleseti halál esetén**

- halotti anyakönyvi kivonat másolata
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- boncjegyzőkönyv másolata
- halotti epikrízis
- a halálessettel összefüggő összes orvosi dokumentum másolata
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- jogerős öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatékadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem neveztek meg)
- orvosi nyilatkozat\*

**Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén**

- az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- friss kezelőorvosi állapotleírás az előírt űrlap szerint
- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

**Maradandó egészségkárosodás****(rokkantság/munkaképesség-csökkenés) esetén**

- a rokkantság esetén a megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok, szakvélemények másolata (rokkantsági határozat és szakvélemény feltétlenül szükséges)
- orvosi nyilatkozat\*

**Kiemelt kockázatú betegség esetén**

- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás)
- ha műtét is történt: műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük, ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak WHO kód alapján lehetséges)
- a kiemelt kockázatú – dread disease – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok
- orvosi nyilatkozat\*

**Keresőképtelenség esetén**

- keresőképtelenségi igazolás (táppénzes lapok) másolata, ennek hiányában a társadalombiztosítási kifizetőhely igazolása a keresőképtelenség tartamáról
- ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás)
- szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap
- folyamatos keresőképtelenség esetén 60 naponta friss kezelőorvosi dokumentum másolata

**Munkanélküliség esetén**

- a területileg illetékes munkaügyi központ (2 oldalas) határozata, az álláskereső járadék, illetve az álláskereső segély megállapításáról
- havonta be kell mutatni a területileg illetékes munkaügyi központ által kiállított hatósági bizonyítványt a munkanélküliség folyamatosságáról

**Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén**

- az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számla
- a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl.: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló, stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is

**Egyéb:** .....  
 .....  
 .....  
 .....

Mellékletek száma: ..... db

\* A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

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 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](mailto:generali.hu@generali.com) email címre.