

Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz



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

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány mindhárom oldalának pontos, hiánytalan kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

Kötvényszám:

Választott csomag: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F

Intézmény neve:

Címe:

Csoport/osztály/kar megnevezése:

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Születési helye, ideje:

Anyja neve: Email cím*:

Címe:

Állampolgársága:

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) adatai

Neve: Telefon/fax:

Születési ideje: Email cím*:

Címe:

Számlaszáma: - -

Kelt:
.....
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

* Kérem hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

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 biztosított adatai

Biztosított neve: Születési helye, ideje:

Anyja neve:

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem. (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

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 biztosítási esemény közelebbi körülményeinek tisztázásához szükség esetén a biztosító beérkezeti az általános és különös feltételeiben az egyes szolgáltatásoknál megnevezett további dokumentumokat is, illetve a biztosító kérheti bármely eredeti dokumentum bemutatását!

☐ **Baleset esetén**

- ☐ az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata
- ☐ rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- ☐ közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- ☐ véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredmény (ha készült)

☐ **Csonttörés, fogtörés esetén**

- ☐ Csonttörést, illetve csontrepedést igazoló röntgenlelet vagy orvosi dokumentum fénymásolata, fogtörés esetén a fogtörést igazoló röntgenfelvétel és lelet.

☐ **Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés esetén**

- ☐ Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!) másolata
- ☐ Ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata
- ☐ Orvosi nyilatkozat, nem baleset esetén (a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával)

☐ **Baleseti műtéti térítés, speciális műtét esetén**

- ☐ Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!) másolata
- ☐ Műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)

☐ **Fertőző betegség esetén**

- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata
- ☐ rotavírus fertőzés és fertőzés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata
- ☐ szalmonella fertőzés esetén a széklet tenyésztés eredményének másolata

☐ **Speciális baleset esetén**

- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum másolata
- ☐ a kullancscsípés következtében kialakuló agyburok- és/vagy agyvelőgyulladás vagy Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredményének másolata
- ☐ kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum másolata
- ☐ szúrt, vágott sérülés esetén sebészeti (traumatológus vagy baleseti sebész) szakellátás dokumentációjának másolata, illetve ín- és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata.

☐ **Baleseti költségtérítés esetén**

- ☐ A kiadásokat igazoló eredeti számlák

☐ **Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén**

- ☐ Az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- ☐ Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

☐ **Baleseti halál esetén**

- ☐ Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- ☐ Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- ☐ Boncjegyzőkönyv másolata
- ☐ Halotti epikrízis másolat
- ☐ Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- ☐ Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata

Egyéb dokumentumok

Mellékletek száma összesen: db

Kárbejelentését a leggyorsabban a generali.hu/Home/Online_ugyfelszolgalat/Karbejelentenes/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 generali.hu@generali.com email címre. A gyors kárrendezés érdekében kérjük, hogy a kitöltött Szimba Ügyfélkártyát a szolgáltatási igény bejelentésekor az ügyfélszolgálaton mutassa be!

A biztosított adatai

Biztosított neve: Születési helye, ideje:

Anyja neve:

NYILATKOZAT

- ☐ 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 beszerezze 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, 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 kockázatalbírálással 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 igény teljesítése 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.

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 pénzügyi és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának 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 adathordozhatósághoz 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