

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: 92815002695785900

Kötvényszám:

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

Szerződő neve: Magyar Amerikai Futball Szövetség

Mobiltelefon/telefon: 70/4585825

Születési helye, ideje:

E-mail cím: mafsziroda@gmail.com

Címe: 1097, Budapest, Gubacsi út 30/A Fsz. 009.

Biztosított adatai

Biztosított neve: Telefon:

Születési helye, ideje: E-mail cím:

Anyja neve: Foglalkozása:

Címe: Pontos munkatevékenysége:

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportolt?):

Milyen szinten? Kiemelt sportoló Élvonalbéli sportoló Regionális szinten versenyző sportoló
 Területi szinten versenyző sportoló Hobbi sportoló 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: E-mail 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: 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:

Kelt:

.....
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

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

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 beszerezze 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, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott e-mail 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 halálessel 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 hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték 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 álláskeresői járadék, illetve az álláskeresői 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 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@generalicom email címre.