

# 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: **92895001803658400** ..... Kötvényszám: .....

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

Szerződő neve: **Magyar Amerikai Futball Szövetség** ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: **+36 70 930 1610** .....

Címe: **1097 Budapest, Gubacsi út 30/A/fsz/009.** ..... E-mail cím: .....

## Biztosított adatai

Biztosított neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Anyja neve: ..... E-mail cím: .....

Címe: .....

Foglalkozása: ..... Pontos munkatevékenysége: .....

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

Milyen szinten?  Kiemelt sportoló  Élvonalbéli sportoló  Regionális szinten versenyző sportoló

Területi szinten versenyző sportoló  Hobby sportoló  Nem sportol

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

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

## 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/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

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

Neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

A szolgáltatási összeget a következő számlaszámra kérem utalni: .....

.....  
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

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

Igénybejelentő neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

# 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: **92895001803658400** .....

Szerződő neve: **Magyar Amerikai Futball Szövetség** .....

A szolgáltatási igény elbírálásához kérjük megjelölni az igénybevétel okát, valamint csatolni a következő iratokat (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 biztosító bármely eredeti dokumentum bemutatását kérheti!

A biztosítási esemény időpontja: .....

## **Baleset esetén**

- az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (amennyiben a biztosított vezette a gépjárművet)
- véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredménye (ha készült)
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)

## **Csonttörés esetén**

- csonttörést igazoló lelet másolata

## **Lágyrészek sérülése esetén**

- csontok kóros (kificamodott) helyzetét igazoló röntgen, vagy egyéb képalkotó vizsgálat eredménye (pl. CT)
- MR vizsgálat lelete (amennyiben készült)
- műtét esetén zárójelentés, mely tartalmazza az elvégzett műtét megnevezését, a műtét dátumát, valamint a műtéti leírást
- gipsz vagy merev rögzítés esetén a gipsz/merev rögzítő eltávolítása-kor keletkezett orvosi dokumentum

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

- friss kezelőorvosi állapotleírás
- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

## **Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség**

- keresőképtelenségi igazolás (táppénzes papír)
- ha kórházi ellátás is történt: kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap(ok) másolata
- folyamatos keresőképtelenség esetén 60 naponta friss kezelőorvosi dokumentum másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*

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

- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- ambuláns lap, orvosi dokumentum másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*

## **Baleseti műtéti térítés, műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás esetén**

- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- műtéti leírás másolata, a műtét WHO/OENO kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*

## **Maradandó egészségkárosodás**

### **(rokkantság/munkaképesség-csökkenés) esetén**

- annak megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok, szakvélemények másolata
- Orvosszakértői intézet szakvéleményének másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*

## **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 a WHO-kód alapján lehetséges)
- a kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok

## **Rosszindulatú daganatos betegségek 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 a WHO-kód alapján lehetséges)
- a pozitív (a sejtek rosszindulatú elfajulására és a folyamat invazív terjedésére utaló) szövettani vizsgálati lelet másolatát

## **Daganatdiagnosztika esetén**

- a rosszindulatú daganatos betegség gyanúját leíró szakorvosi vagy háziorvosi dokumentum
- a rosszindulatú daganatos betegség gyanúját alátámasztó specifikus diagnosztikus vizsgálat lelete, emelkedett tumormarker szint - mint daganat specifikus diagnosztikus vizsgálat - esetén a vizsgálatot előírányzó panasz leírását, vagy az illetékes szakorvos véleményét tartalmazó orvosi dokumentum
- bőrgyógyászati esetekben a bőrgyógyász szakorvos által javasolt további kivizsgálásra vonatkozó javaslat

## **40 elemű 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 a WHO-kód alapján lehetséges)
- a 40 elemű kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok

## **Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén**

- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- halotti anyakönyvi kivonat másolata
- boncjegyzőkönyv másolata (ha készült)
- halotti epikrízis másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*
- pénzmossási azonosítási adatlap a kedvezményezettre és a szerződőre vonatkozóan\*\*
- 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 szükséges csatolni, ha korábban kedvezményezett(ek)et név szerint nem neveztek meg)

## **Baleseti költségtérítés**

- kiadásokat igazoló eredeti számlák

## **Szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosítás esetén:**

- a biztosított nevére szóló eredeti számla
- egészségügyi és egyéb dokumentumok

Egyéb: .....

\* A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alappbetegség(ek) megnevezésével, (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórisémzésének pontos időpontjával.

\*\* Figyelem! A 2007. évi CXCVI. törvény a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvény rendelkezései szerint haláleseti kifizetés nem teljesíthető abban az esetben, ha a kedvezményezett és a szerződő azonosítása nem történt meg. Ezért kérjük, keresse fel valamely ügyfélszolgálatunkat, ahol munkatársaink készséggel elvégzik az azonosítást.

# 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: **92895001803658400** ..... Szerződő neve: **Magyar Amerikai Futball Szövetség** .....

**Nyugdíjbiztosítás esetén (csak az egyiket kérjük megjelölni)**

- kizárólag a 39% és/vagy 69% feletti egészségkárosodás kiegészítő biztosításra vonatkozik az igénybejelentés
- a befektetési egységekre és – amennyiben van – a 39% és/vagy 69% feletti egészségkárosodás kiegészítő biztosításra vonatkozik az igénybejelentés

**Benyújtandó dokumentumok:**

- az Orvosszakértői intézet szakvéleménye
- a biztosítás megszűnését követően kelt Orvosszakértői intézet szakvéleménye esetén a 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapítására irányuló igénybenyújtás időpontjának igazolása
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*,
- az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (amennyiben a biztosított vezette a gépjárművet)
- véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredménye (ha készült)
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)

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

**Baleset esetén töltendő ki**

Baleset időpontja: .....-n ..... 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

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

.....  
A biztosított (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa) aláírása. Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok).

# 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

Szerződő neve: **Magyar Amerikai Futball Szövetség**

Kötvényszám: **92895001803658400**

- Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valószínűleg megfelelnek.
- Felhatalmazom a biztosított egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, az Országos Egészségpénztárat (OEP), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adatokat a biztosító írásbeli megkeresésére a biztosítónak átadják. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító írásbeli

megkeresése tartalmazza a kért adatoknak, az adatkérés céljának és jogalapjának egyidejű megjelölését is. (A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.) Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatást adjon.

- Felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa.

Kelt: .....

.....  
A biztosított (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa) aláírása.  
Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok).

Tanú 1

Tanú 2

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....

## Hozzájárulás elektronikus kommunikációhoz

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződéseim kezelésével, így különösen azok megkötésével, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a következő biztosítási időszakra várható díjról szóló információkat elektronikus úton küldje meg részemre.

## Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.) az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeiken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: general.hu@general.com elektronikus levelezési címen, e-mailben kapott üzenetek esetén pedig a leiratkozás@general.hu címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen.

A megadott személyes adatokat a biztosító munkavállalói, továbbá a biztosító megbízott biztosításközvetítői ismerhetik meg. A biztosító igénybe veszi adatfeldolgozókat, melyek felsorolását a biztosító honlapján elérhető adatkezelési tájékoztató tartalmazza.

A biztosító kérelemre, a jogszabályban meghatározott határidőn belül köteles tájékoztatást adni a kezelt személyes adatokról, azok forrásáról, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevről, címéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, adatvédelmi incidens esetén az adatvédelmi incidens körülményeiről, hatásairól és az elhárítására megtett intézkedésekről, továbbá – az adatok továbbítása esetén – az adattovábbítás jogalapjáról és címzettjéről.

Bármikor kérhető a személyes adatok helyesbítése, továbbá – jogszabály által meghatározott adatkezelések kivételével – az adatok zárolása vagy törlése, továbbá törvényben meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak a kezelése ellen. Amennyiben a személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye áll fenn, úgy az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság felé bejelentést tehet, illetve a személyes adatok védelméhez fűződő jogok megsértése esetén bírósághoz fordulhat.

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása