

Szolgáltatási igénybejelentő

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



Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 Telefonos ügyfélszolgálat (06-40) 200-250, Fax: (06-1) 451-3857, generali@generali.com

Kötvényszám (kérjük, hogy a kötvény alapján töltsse ki)

A Generali Biztosító Zrt.-nél egyéb szerződéssel rendelkezem:

igen

nem

Kötvényszám:

Kötvényszám:

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

Telefon/fax:

Szerződő neve:

Mobiltelefon:

Címe:

E-mail cím:

Biztosított adatai

Biztosított neve:

Anyja neve: Telefon/fax:

Születési helye: Születési ideje: Mobiltelefon:

Címe: E-mail cím:

Foglalkozása: Pontos munkatevékenysége:

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportolt?):

Milyen szinten? Kiemelt sportoló Élvi szintű 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)?

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

Telefon/fax:

Neve: Születési ideje: Mobiltelefon:

Címe: E-mail cím:

Kedvezményezett(ek) adatai (A kedvezményezett töltsse ki!):

A biztosított életében esedékes szolgáltatásra jogosult kedvezményezett
(Név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában a biztosított)

Haláleseti kedvezményezett

Neve: Részarány: %

Címe: Születési ideje:

Telefon/fax: Mobiltelefon: E-mail cím:

Pénzintézet neve: Bankszámlaszám:

Kedvezményezett aláírása:

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

Telefon/fax:

Neve: Születési ideje: Mobiltelefon:

Címe: E-mail cím:

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?

Kérjük részletezze a szolgáltatási igény(ek) okát, és azok körülményeit!

A biztosítási esemény pontos időpontja:

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve:

címe:

A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján

BALESET

- Baleseti halál
- Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
- Csonttörés
- Baleseti kórházi napi térítés
- Baleseti műtéti térítés
- Baleseti gyógyulási támogatás
- Baleseti keresőképtelenség
- Közlekedési balesetből eredő halál
- Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
- Égési sérülés
- Baleseti költségtérítés
- Baleset során sérült ruházat, (poggyász)

EGÉSZSÉG

- Kórházi napi térítés

- Műtéti térítés
- Gyógyulási támogatás
- Kiemelt kockázatú betegség
- Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés)
- Keresőképtelenség

ÉLET

Alapbiztosítás

- Halál

Testőr díjtvállalás esetén

- Kérem a kiegészítő biztosításokat változatlanul hagyni!
- Kérem az összes kiegészítő biztosítás törlését!

Kiegészítő biztosítások

- Baleseti halál
- Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
- Baleseti kórházi napi térítés

- Baleseti műtéti térítés
- Közlekedési baleseti halál
- Közlekedési baleseti rokkantság
- Díjtvállalás (halál, keresőképtelenség, maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés esetén))
- Csonttörés
- Kórházi napi térítés
- Műtéti térítés
- Kiemelt kockázatú betegségek
- Munkanélküliség

SZOLGÁLTATÁS-FINANSZIROZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

- Szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosítás

EGYÉB:

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

Baleset esetén

- Rendőrség/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- Közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- Véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény (ha készült)
- Gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata
- Az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata

Csonttörés esetén

- Csonttörést igazoló lelet másolata

Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén

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

Baleseti költségtérítés; ruházat, (poggyász) sérülése esetén

- A kiadásokat igazoló eredeti számlák

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

- Kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- Ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata
- Orvosi nyilatkozat*

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

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

Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség esetén

- Keresőképtelenségi igazolás másolata (táppénzes papír)
- Ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- Szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap másolata
- Folyamatos keresőképtelenség esetén kezelőorvosi dokumentumok másolata
- Orvosi nyilatkozat*

Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés) 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*

Kiemelt kockázatu 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 kockázatu – dread disease – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok:

- Orvosi nyilatkozat*

Munkanélküliség biztosítás

- Munkaügyi központ határozatának másolata az álláskeresői járadék megállapításáról
- Munkaügyi központ által havonta kiállított hatósági bizonyítvány
- „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításhoz” nyomtatvány másolata
- A munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről
- A munkaviszonyt megszüntető írásbeli nyilatkozat (felmondás) másolata
- Munkaügyi központ igazolása az álláskeresői járadék folyósításáról, esetleges felfüggesztésének okáról és tartamáról

Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén

- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolata
- Halotti epikrizis másolata
- Halotti anyakönyvi kivonat 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*

Szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosítás esetén

- A biztosított nevére szóló eredeti számla
- Egészségügyi és egyéb dokumentumok

- Egyéb: _____

Mellékletek száma: [] [] [] [] [] db

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

1. Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése, vagy a valós tények elhallgatása a biztosítónak a szolgáltatási kötelezettsége alóli teljes vagy részleges mentesülését vonhatja maga után.
2. Felhatalmazom a biztosított egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, az Országos Egészséppénztárt (OEP), a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, nyomozó hatóságokat és egyéb intézményeket, hogy az egészségügyi és személyes adatokat a biztosító írásbeli megkeresésére a biztosítónak átadják. 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.)
3. 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, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókorról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)–(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító a biztosított egészségi állapotával közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.
5. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes adatokat a Generali Biztosító Zrt. kárendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból viszontbiztosító részére átadhatja.

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

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____

Tanú 2

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____

Ígénybejelentő adatai

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

Neve: _____ Születési ideje: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Telefon/fax: _____

Címe: [] [] [] [] [] _____

Kelt: _____ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása