

# Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz a 2015/2016-os tanévre



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

**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  G

Intézmény neve: .....

Címe: .....

Csoport/osztály/kar megnevezése: .....

## Biztosított adatai

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

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: ..... E-mail cím: .....

Címe: .....

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

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

Születési ideje: ..... E-mail cím: .....

Címe: .....

A szolgáltatás összegét kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják:

A pénzügyintézet neve: .....

Számlatulajdonos neve: .....

Számlaszám: ..... - ..... - .....

## 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:

.....

.....

Kelt: .....

.....  
 Biztosított aláírása (Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő: szülő, gyám vagy gondnok)

# Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz a 2015/2016-os tanévre



Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat 06 40 200 250 • general.hu@generali.com • Fax: 06 1 451 3857

## 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 közlekedési körülményeinek tisztázásához szükség esetén a biztosító bekeresheti 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)
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (amennyiben a biztosított vezette a gépjárművet)

### Csonttörés esetén

- Csonttörést igazoló lelet másolata

### 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

### 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

Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le vagy küldje el a (06-1) 451-3857-es faxeszámra. A gyors kárrendezés érdekében kérjük, hogy a kitöltött Szimba Ügyfélkártyát a szolgáltatási igény bejelentésekor az ügyfélszolgálaton mutassa be!

Szolgáltatási igénybejelentő postai úton az alábbi címre is beküldhető: Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888. vagy elektronikusan a generali.hu@generali.com email címre.

Kelt: .....

Biztosított aláírása (Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő: szülő, gyám vagy gondnok)

# Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz a 2015/2016-os tanévre



Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat 06 40 200 250 • general.hu@generali.com • Fax: 06 1 451 3857

## A biztosított adatai

Biztosított neve: ..... Születési helye, ideje: .....  
 Anyja neve: .....

- 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.
- Felhatalmazom a biztosított egészségügyi és személyes adatait kezelő betegellátókat, az egészségügyi ellátó hálózat intézményeit és intézményvezetőit, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (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 tekintti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.)
- 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 biztosítókról 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.
- Tudomásul veszem, hogy a szerződés elévülésére vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános öt éves elévülési időtől. Jelen szerződésből származó igények két (2) év elteltével elévülnek.

Kelt: .....  
 Biztosított aláírása (Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő: szülő, gyám vagy gondnok)

## Hozzájárulás a biztosított/törvényes képviselő e-mail címének/telefonszámának használatához

Alulírott biztosított/törvényes képviselő mobiltelefonszámom és/vagy e-mail címem megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a megadott elérhetőségeken keresztül biztosítási szerződéseim megkötésével, kezelésével és esetleges megszüntetésével, szolgáltatási, kárrendezési igényeivel, kármegelőzéssel kapcsolatban, valamint a következő biztosítási időszakra várható díjról elektronikus úton információkat küldjön részemre és ebből a célból elérhetőségi adataimat kezelje azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási szerződésből eredően igény érvényesíthető. Vállalom továbbá, hogy az e-mail címben/telefonszámomban bekezdett változást – az információk illetéktelen személyhez jutásának elkerülése érdekében – 5 munkanapon belül a biztosítónak írásban bejelentem. Tudomásul veszem, hogy a bejelentés elmulasztásából eredő esetleges kárért a biztosító nem vállal felelősséget. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosító a biztosítási szerződés megkötésével, kezelésével és esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igényekkel kapcsolatos tájékoztatást vagy nyilatkozatot az elektronikus aláírásról szóló 2001. évi XXXV. törvényben szabályozottaknak megfelelően, fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton (e-mail) küldi meg részemre, úgy az elektronikus aláírt elektronikus dokumentumba foglalás az írásbeliség követelményének eleget tesz. Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a biztosító a későbbiekben bármikor igazolni tudja.

- Alulírott biztosított/törvényes képviselő hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a nevemet, címemet, a megadott mobiltelefonszámomat, és e-mail címemet közvetlen üzletszerzés céljából biztosítási, hitelintézeti, tőkepiaci befektetési pénztárci termékekre és szolgáltatásokra vonatkozó ajánlatadás vagy ajánlatok továbbítása érdekében a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartsa, és részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön. Alulírott biztosított/törvényes képviselő hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a nevemet, mobiltelefonszámomat és/vagy e-mail címemet az Európai Utazási Biztosító Zrt., a Generali Alapkezelő Zrt., a Europ Assistance Magyarország Kft., a Generali a Biztonságért Alapítvány, Generali Önkéntes Nyugdíjpénztár, a Genertel Biztosító Zrt., a GP Consulting Pénzügyi Tanácsadó Kft., Familio Kft., valamint a Generali Egészségpénztár részére marketing tevékenység céljából továbbítsa, és ezen társaságok, valamint szervezetek az adatait a hozzájárulás visszavonásáig kezeljék.

Alulírott biztosított/törvényes képviselő kijelentem, hogy hozzájárulás megadása önkéntes és tudomásul veszem, hogy a reklámok közvetlen megkeresés módszerével részemre történő küldésének megtiltására, illetőleg a nyilatkozatom visszavonására bármikor indokolás nélkül, ingyenesen az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – nevem, születési dátumom és kötvényszámom megadásával – lehetőségem van: generali.hu@generali.com elektronikus levelezési címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címén. Az adatok továbbítása esetén az adattovábbítások címzettjei külön adatkezelőnek minősülnek. Az adattörlési kérelmeket és az egyéb adatkezeléssel kapcsolatos nyilatkozatokat, kérelmeket az érintetteknek minden adatkezelőnél külön-külön kell megtenniük.

Kelt: .....  
 Biztosított 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: .....

## Érkezett

G2 ügyfélszolgálat: ..... SZKK: .....