Szolgáltatási igénybejelentő

pénzügyi intézmények termékeihez kapcsolódó személybiztosításokhoz

GENERALI

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

Tisztelt Ügyfelünk!
Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány mindkét oldalának pontos kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

Pénzügyi intézmény neve: . . . . . .

Hitel(ei) típusa(i): ☐ jelzáloghitel ☐ személyi kölcsön ☐ hitelkártya ☐ folyószámla ☐ áruhitel ☐ egyéb

Pénzügyi intézmény neve: . . . . . .

Hitel(ei) típusa(i): ☐ jelzáloghitel ☐ személyi kölcsön ☐ hitelkártya ☐ folyószámla ☐ áruhitel ☐ egyéb

Biztosított adatai

Biztosított neve: . . . . . Születési ideje: . . . . . .

Címe: . . . . . .

Telefon: . . . . . Email cím: . . . . . .
Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

Igénybejelentő adatai (Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől!)

Neve: . . . . . Születési ideje: . . . . . .

Címe: . . . . . .

Telefon/fax: . . . . . Email cím: . . . . . .
Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

Baleset esetén töltendő ki!

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 jelenleg balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően baleset vagy betegség következtében sérült volt-e?

. . . . . .

A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján (Kérjük x-szel jelölje!)

☐ Haláleset
☐ Baleseti halál
☐ Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
☐ Keresőképtelenség
☐ Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés)
☐ Kiemelt kockázatú betegség
☐ Munkanélküliség
☐ . . . . . .

Nysz.: 22812

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! (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

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)
- ☐ Az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata

Halál, baleseti halál esetén

- ☐ Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- ☐ Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- ☐ Boncjegyzőkönyv másolata
- ☐ Halotti epikrízis
- ☐ A halálesettel 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)

- ☐ 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
- ☐ Orvosi nyilatkozat*

Munkanélküliség esetén

- ☐ A területileg illetékes munkaügyi központ (2 oldalas) határozata, az álláskeresési járadék, illetve az álláskeresési segély megállapításáról
- ☐ Havonta be kell mutatni a területileg illetékes munkaügyi központ által kiállított hatósági bizonyítványt a munkanélküliség folyamatosságáról

☐ Egyéb:

. . . . . .

. . . . . .

Mellékletek száma: . . . . . db

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

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 gondnok)

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 elektronikusan küldje el a generali.hu@generali.com email címre.

NYILATKOZAT

☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában 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. pénzügyi intézmény, 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.
Tájékoztatjuk, 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 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 kockázatelbírálással 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.

☐ Jelen nyilatkozat aláírásával a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény 161. § (1) bekezdésben foglaltak alapján hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen igénybejelentőn megjelölt pénzintézet(ek) a Kölcsönszerződéshez és a biztosítási szerződéshez kapcsolódó – banktitoknak minősülő – összes adatomat a biztosítás létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosításból származó követelések elbírálásához szükséges, vagy vonatkozó jogszabály(ok) által meghatározott egyéb cél eléréséhez szükséges mértékben és ideig a biztosítónak és a biztosításközvetítőnek a cél és ok megjelölésével átadja.

☐ Hozzájárulok, hogy a biztosító és a biztosításközvetítő ezen adatokat nyilvántartsák. Hozzájárulok, hogy a biztosító a hivatkozott adatokat viszontbiztosítójához továbbítsa.

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

Az adatkezelés céljai:

a) a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
b) a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
c) a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
d) a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
e) a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
f) 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: . . . . . , ...

. . . . . .
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 gondnok)

Tanú 1

Név: . . . . . .

Lakcím: . . . . . .

Aláírás: . . . . . .

Tanú 2

Név: . . . . . .

Lakcím: . . . . . .

Aláírás: . . . . . .