

Szolgáltatási igénybejelentő

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



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt. Dokumentumkezelő Központ, 7602 Pécs, Pf.: 888

Kötvényszám (kérjük, hogy a kötvény alapján töltsse ki) _____

A Generali-Providencia Biztosító Zrt.-nél egyéb szerződéssel rendelkezem:

igen

nem

Kötvényszám: _____

Kötvényszám: _____

Kötvényszám: _____

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

Szerződő neve: _____

Telefon/fax: _____

Címe: _____

Mobiltelefon: _____

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 sportol?) _____

Milyen szinten? Kiemelt sportoló

Regionális szinten versenyző sportoló

Hobby sportoló

Élvonalbéli sportoló

Területi szinten versenyző 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) adatai:

Telefon/fax: _____

Neve: _____ Születési ideje: _____

Mobiltelefon: _____

Címe: _____

E-mail cím: _____

Kedvezményezett(ek) adatai

 (Az utolsó érvényes rendelkezés szerint töltendő ki!):

Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg kedvezményezettként eléri, vagy meghaladja az 3 600 000 Ft-ot, azt társaságunk csak azt követően fizeti ki, ha – a törvényi szabályozásnak megfelelően – a szolgáltatásra jogosult azonosítására sor került. Ennek érdekében kérjük, hogy a megjelölt kedvezményezett/ek személyesen keresse/ék fel bármelyik ügyfélszolgálatunkat.

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

Haláleseti kedvezményezett

(1) Neve: _____ Részarány: _____ %

Címe: _____ Születési ideje: _____

Telefon/fax: _____ Mobiltelefon: _____ E-mail cím: _____

Pénzintézet neve: _____ Bankszámlaszám: _____

(2) Neve: _____ Részarány: _____ %

Címe: _____ Születési ideje: _____

Telefon/fax: _____ Mobiltelefon: _____ E-mail cím: _____

Pénzintézet neve: _____ Bankszámlaszám: _____

(3) Neve: _____ Részarány: _____ %

Címe: _____ Születési ideje: _____

Telefon/fax: _____ Mobiltelefon: _____ E-mail cím: _____

Pénzintézet neve: _____ Bankszámlaszám: _____

Kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám) 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? 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
- I, II, III csop. rokkantság/munkaképesség-csökkenés
- Keresőképtelenség

ÉLET**Alapbiztosítás**

- Halál

Kiegészítő biztosítások

- Baleseti halál

- Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
- Baleseti kórházi napi térítés
- Baleseti műtéti térítés
- Közlekedési baleseti halál
- Közlekedési baleseti rokkantság
- Díjátvállalás (halál, keresőképtelenség, I, II, III csop. rokkantság / munkaképesség-csökkenés esetén)
- Csonttörés
- Kórházi napi térítés
- Műtéti térítés
- Kiemelt kockázatú betegségek
- Munkanélküliség

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/munkahely baleseti jegyzőkönyv másolata (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

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 napitérítés, kórházi napitérítés, égési sérülés esetén

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

I, II, III csop. rokkantság/munkaképesség-csökkenés esetén

- I, II, III csop. rokkantság / munkaképesség-csökkenés esetén megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok, szakvélemények másolata (rokkantsági határozat feltétlenül szükséges!)
- Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) szakvéleményének másolata
- 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 a WHO-kód alapján lehetséges)
- A kiemelt kockázatú – dread disease – betegségre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok:
- Orvosi nyilatkozat* _____

Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén

- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- Boncjegyzőkönyv másolata
- Halotti epikrízis
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- Jogerős örökletes bizonyítvány vagy jogerős hagyatékatadó végzés másolata (abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezett név szerint nem neveztek meg)
- Orvosi nyilatkozat*
- Egyéb: _____

Mellékletek száma: db

* **A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórimzésének 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 Egészségpénztárat (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.) Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.
- 4.) Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségügyi adatokat a Generali-Providencia Biztosító ZRt. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból és/vagy egyéb viszontbiztosító részére adja át.

Kelt: _____ . / . / .

Biztosított vagy jogutódjának aláírása
Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén
törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok). G50 esetén: társbiztosított

Ígénybejelentő adatai: (abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított vagy jogutódjának személyétől)

Neve: _____ Születési ideje: _____ . / . / . Telefon/fax: _____

Címe: _____

Kelt: _____ . / . / .

szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása