

Szolgáltatási igénybejelentő Genertel balesetbiztosításokhoz



Genertel Biztosító Zrt., 1132 Budapest, Váci út 36–38., Levelezési Cím: 7602 Pécs, Pf. 999, Telefon: 06 (1) 288 0000, Fax: 06 (1) 451 3881,
Web: www.genertel.hu, Email: genertel@genertel.hu
A társaság az IVASS által vezetett Biztosítói Csoportok Nyilvántartásába bejegyzett Generali Csoporthoz tartozik.
Cégbíróság: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága, Cégjegyzékszám: 01-10-045704

Kötvényszám, amelyre vonatkozólag szolgáltatási igénybejelentést tesz

Kötvényszám:

SZERZŐDŐ ADATAI (Amennyiben a szerződő és biztosított azonos, akkor csak a biztosított adatait kell kitölteni!)

Szerződő neve:
Születési hely: Születési idő:
Lakcím:
Email cím: Mobiltelefonszám:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve:
Születési hely: Születési idő:
Lakcím:
Email cím: Mobiltelefonszám:
Foglalkozása: Pontos munkatevékenysége:
A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit és mióta sportol)?
Milyen szinten? ☐ hobbi sportoló ☐ kiemelt sportoló ☐ versenyző sportoló
A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit, mettől-meddig sportolt és milyen szinten [a fenti besorolás alapján])?

IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI (Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől!)

Igénybejelentő neve:
Születési hely: Születési idő:
Lakcím:
Email cím: Mobiltelefonszám:

BALESET ESETÉN TÖLTENDŐ KI!

Baleset időpontja: dátum: 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

A szolgáltatási összeget a következő számlaszámra kérem utalni:

– –

Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt juttassa el a biztosító valamelyik elérhetőségére.

Elektronikusan a vagyonkar@genertel.hu email címre, faxon a 06 (1) 451 3881-es faxszámra, vagy postán a 7602 Pécs, Pf. 999-es levelezési címre.

Kelt:

Szolgáltatási igénybejelentő aláírása
(ha nem azonos a biztosítottal)

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)

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 bármennyi eredeti dokumentum bemutatását kérheti!

Minden esetben

- ☐ 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 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

Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén

- ☐ friss kezelőorvosi állapotleírás állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok
- ☐ kezelések dokumentumainak másolata
- ☐ kerekesszék felírásának vénye és az erre vonatkozó javaslat orvosi dokumentuma
- ☐ kerekesszék biztosított nevére kiállított számlája

Baleseti kórházi napi térítés, égési sérülés esetén

- ☐ kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- ☐ ambuláns lap, orvosi dokumentum másolata

Baleseti műtéti térítés 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)

Baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén

- ☐ halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- ☐ halotti anyakönyvi kivonat másolata
- ☐ boncjegyzőkönyv másolata (ha készült)
- ☐ halotti epikrízis 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 szükséges csatolni, ha korábban kedvezményezett(ek)et név szerint nem neveztek meg)
- ☐ számlával igazolt temetési költség

Baleseti költségtérítés esetén

- ☐ kiadásokat igazoló eredeti számlák

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
- ☐ szúrt, vágott sérülés esetén sebészeti (traumatológus vagy baleseti sebész) szakellátás dokumentációjának másolata, illetve ín- és/vagy idegsérülés esetén az elvégzett sebészeti beavatkozás dokumentációjának másolata

Baleseti plasztikai műtéti térítés esetén

- ☐ plasztikai beavatkozás szükségességét leíró orvosi dokumentum
- ☐ közvetlenül plasztikai beavatkozás elvégzését megelőzően készült, a fennmaradandó állapot részletes leírását tartalmazó orvosi dokumentumok
- ☐ plasztikai beavatkozás zárójelentése, orvosi dokumentációja
- ☐ műtéti leírás

Rehabilitációs támogatás esetén

- ☐ orvosszakértői intézet szakvéleménye, az átképzés szükségességének megjelöl ésévelés annak a munkatevé-kenységi körnek a meghatározásával, melyre a biztosított megváltozott munkaképessége alapján alkalmas
- ☐ a biztosított maradandó egészségkárosodása miatt szükségessé váló átképzéshez szükséges szakirányú képzés felvételi tájékoztatóját, valamint a felvételi jelentkezéshez szükséges dokumentumok listáját
- ☐ az átképzéshez szükséges megfelel ő alapképzést igazoló dokumentumok másolatát

Baleseti keresőképtelenség esetén

- ☐ a keresőképtelenség megállapítására jogosult orvos által kiállított, a hatályos jogszabályok szerint a keresőkép-telenség igazolására rendszeresített nyomtatvány (Orvosi igazolás keresőképtelen (terhességi) állományba vételről, valamint Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről
- ☐ kórházi zárójelentés (ha kórházi ápolás is történt)

Egyéb dokumentumok

Mellékletek száma összesen: db

NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszeresse és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. 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 jelölőnyegyzet 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, – illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek 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 kockázatalbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel 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 szerződött, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.

- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel 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.

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Genertel Biztosító Zrt. (székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.)

Az adatkezelés céljai:

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- 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 www.genertel.hu oldal alján található „Adatkezelési tájékoztató” menüpontból érhető el.

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: