

# Szolgáltatási igénybejelentő

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



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • [general.hu/kapcsolat](http://general.hu/kapcsolat)

Kötvényszám(ok), amely(ek)re vonatkozólag szolgáltatási igénybejelentést tesz

Kötvényszám: ..... Kötvényszám: .....

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

Szerződő neve: ..... Mobiltelefon/telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Címe: .....

## Biztosított adatai

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

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Anyja neve: ..... Foglalkozása: .....

Címe: ..... Pontos munkatevékenysége: .....

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportolt?): .....

Milyen szinten? ☐ Kiemelt sportoló ☐ Élvonalbéli sportoló ☐ Regionális szinten versenyző sportoló

☐ Területi szinten versenyző sportoló ☐ Hobbi sportoló ☐ Nem sportol

A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit sportolt?): .....

Mettől meddig sportolt és milyen szinten (a fenti besorolás alapján)? .....

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

Igénybejelentő neve: ..... Telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Címe: .....

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

Neve: ..... Telefon: .....

Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....

Címe: .....

.....  
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

\* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

#### Kedvezményezett adatai (A kedvezményezett tölti ki és írja alá!)

- ☐ A biztosított életében esedékes szolgáltatásra jogosult kedvezményezett (név szerint megjelölt kedvezményezett hiányában a biztosított)
- ☐ Haláleseti kedvezményezett

Kedvezményezett neve: ..... Telefon: .....  
 Születési helye, ideje: ..... Email cím\*: .....  
 Címe: ..... Számlaszáma: .....

.....  
 Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

Tájékoztatjuk, hogy a haláleseti szolgáltatási összeget – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényi szabályozásnak megfelelően – csak a szolgáltatási összegre jogosult kedvezményezett, a szerződő ügyfél, valamint a kifizetés jogosultjától eltérő bankszámla tulajdonos átvilágítása után fizethetjük ki. Az átvilágítással kapcsolatban kérjük, egyeztessen személyes vagy telefonos ügyfélszolgálatunkon.

#### Számlatulajdonos, amennyiben eltér a haláleseti kedvezményezettől:

Számlatulajdonos neve: .....  
 Születési hely és idő: .....  
 Mobiltelefonszám\*\*: .....  
 Számlaszám: .....

Kérjük, nyilatkozzon a kifizetés címzettjéhez fűződő kapcsolat jellegéről, ha a kifizetés címzettje nem azonos a szerződővel vagy a kedvezményezettrel.

- ☐ **hozzátartozó** (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő és testvér, élettárs, egyeneságbeli rokon házastársa, házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és testvér házastársa)
- ☐ **egyéb** (kérjük megjelölni): .....

Ha a szerződőtől vagy kedvezményezettől eltérő személy részére kéri a kifizetést, akkor a szerződő/kedvezményezett mellett a kifizetés címzettje is ügyfél-átvilágítási kötelezettség alá esik. Ha a megjelölt, szerződéshez nem köthető címzett nem minősül hozzátartozónak, akkor fokozott átvilágítás szükséges. Ennek során nyilatkozni kell a korábban teljesített befizetések (mint pénzeszközök) és vagyon (hárommillió forintot meghaladó értékű vagyoni eszközök) forrásáról.

.....  
 Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

\* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

\*\* A számlatulajdonos telefonos elérhetőségének a megadása az átvilágítási ügymenetet és így a kifizetés teljesítését gyorsíthatja azáltal, hogy a számlatulajdonost telefonon közvetlenül megkereshetjük az átvilágítása érdekében. Kérjük, hogy a telefonszámot csak akkor adja meg a részünkre, ha arról számlatulajdonossal előzetesen egyeztetett és ahhoz a számlatulajdonos hozzájárult.

#### Baleset esetén töltendő ki

Baleset időpontja: ..... év ..... hó ..... nap, ..... 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

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

### Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? (Kérjük x-szel jelölje!)

#### Élet-, baleset- és egészségbiztosítás esetén

- |                                                                                                       |                                                                                                                       |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Csonttörés                                                                   | <input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés                           | <input type="checkbox"/> Rosszindulatú daganatos betegségek                        |
| <input type="checkbox"/> Lágyrészek sérülése                                                          | <input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés, műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás | <input type="checkbox"/> Daganatdiagnosztika                                       |
| <input type="checkbox"/> Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés)                             | <input type="checkbox"/> 40 elemű kiemelt kockázatú betegség                       |
| <input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség                                |                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál |
| <input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegség                                                   |                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés                                   |
|                                                                                                       |                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Előrehozott részfizetés                                   |

#### Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén

- ☐ Biztosított által előfinanszírozott ellátások

### NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosított 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 beszeresse és nyilvántartsa.

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, – 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 kockázatbírálással 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.

Kelt: .....

.....  
A biztosított, illetve a biztosított halála esetén annak közeli hozzátartozója, illetve kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén a törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok aláírása

### ADATKEZELÉS

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

#### 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 a 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 [general.hu](http://general.hu) oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Kötvényszám: ..... Szerződő neve: .....

**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.

**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

**Továbbá**

**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) esetén**

- ☐ 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
- ☐ folyamatos keresőképtelenség esetén 60 naponta friss kezelőorvosi dokumentum másolata

**Munkanélküliség esetén**

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

**Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás esetén**

- ☐ az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről kiállított eredeti számla
- ☐ a biztosítási eseménnyel összefüggő valamennyi egészségügyi dokumentum másolata (pl. ambuláns lap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény, beutaló, stb.), beleértve a vele kapcsolatos korábbi összes egészségügyi dokumentumot és az első egészségügyi ellátás dokumentumát is

☐ Egyéb: .....  
.....  
.....  
.....

Mellékletek száma: ..... db

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

Kárbejelentését a leggyorsabban a [generali.hu/Home/Online\\_ugyfelszolgalat/Karbejelentes/SzemelyBiztositas](http://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](mailto:generali.hu@generali.com) email címre.

| SZEMÉLYES LEADÁS ESETÉN TÖLTENDŐ KI (kivéve alkuszi átvételnél)! |       |     |     |      | Átvevő munkatárs aláírása                                                                                                      | Szerződő/bejelentő aláírása |
|------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nyomtatvány átvételének időpontja                                |       |     |     |      |                                                                                                                                |                             |
| Év                                                               | Hónap | Nap | Óra | Perc |                                                                                                                                |                             |
|                                                                  |       |     |     |      | <input type="checkbox"/> belső munkatárs<br><input type="checkbox"/> függő tanácsadó<br><input type="checkbox"/> többes ügynök |                             |