

Szolgáltatási igénybejelentő

banki termékekhez kapcsolódó személybiztosításokhoz



GENERALI
Biztosító

Generali-Providencia Biztosító Zrt., Dokumentumkezelő Központ, 7602 Pécs, Pf. 888. Fax: (06-1) 451-3857 TeleCenter: (06-40) 200-250

Banki adatok

Bank neve: _____

Hitel(ei) típusa(i): jelzálog személyi kölcsön hitelkártya folyószámla áruhitel egyéb _____

Bank neve: _____

Hitel(ei) típusa(i): jelzálog személyi kölcsön hitelkártya folyószámla áruhitel egyéb _____

Biztosított adatai

Biztosított neve: _____ Születési ideje: | | | | | | | | | |

Címe: | | | | | | | | _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail cím: _____

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

Igénybejelentő neve: _____ Születési ideje: | | | | | | | | | |

Címe: | | | | | | | | _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail cím: _____

Baleset esetén töltendő ki!

Baleset időpontja: | | | | | | | | | | -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

Haláleset

I.-II. vagy III. fokú rokkantság

Baleseti halál

Kiemelt kockázatú betegség

Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás

Munkanélküliség

Keresőképtelenség

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)
- Gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata
- 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
- Állapotrosszabodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata

OEP I. II. vagy III. fokú rokkantság 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*

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

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 álláskeresői járadék, illetve az álláskeresői segély megállapításáról
- Havonta be kell mutatni a területileg illetékes munkaügyi központ által kiállított hatósági bizonyítványt a munkanélküliség folyamatosságáról

Egyéb:

Mellékletek száma: _____ db

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 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 tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátásra vonatkozó adatokat.)
3. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy az OEP (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz időszakáról a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.
4. Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségügyi adatokat a Generali- Providencia Zrt. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból viszontbiztosító részére adja át.

Kelt

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

Tanúsítjuk, hogy a fenti aláírás a szolgáltatási igény bejelentőjének saját kezű aláírása.

Tanú 1

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____

Tanú 2

Név: _____

Lakcím: _____

Aláírás: _____