

Szolgáltatási igénybejelentő lap csoportos kockázati életbiztosításhoz



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

Pénzügyi intézmény: **Sberbank Magyarország Zrt.**

Fedezetszám: Nyilvántartási szám (Biztosító tölti ki!):

Biztosított neve: Születési hely, idő:
 Születési ország: Állampolgárság:
 Anyja neve: Lakcíme:

A kárigényt ki jelenti be? (bejelentő)

☐ szerződő ☐ biztosított ☐ biztosított közeli hozzátartozója ☐ egyéb:

A bejelentő eddig meg nem adott további adatai

Neve: Címe:
 Telefonszáma: Email címe*:

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

Neve: Telefon:
 Születési ország: Állampolgárság:
 Születési helye, ideje: Email cím*:
 Címe:

Törvényes képviselőként nyilatkozom, hogy jogosult vagyok rendelkezni az általam képviselt kedvezményezett személybiztosítási szolgáltatást érintő vagyoni ügyekben.

.....
 Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

Tudomásul veszem, hogy erre vonatkozó kifejezett, ellentétes tartalmú nyilatkozat hiányában a fent megjelölt szerződés(ek) vonatkozásában benyújtott szolgáltatási igénybejelentő, valamint az azzal kapcsolatban a biztosítóhoz benyújtott dokumentumok alapján a biztosító valamennyi, ügyfél által érintett szerződés vonatkozásában lefolytatja a kárrendezési eljárást, és jogalap megállapítása esetén szolgáltatást nyújt.

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 ország: Állampolgárság:

Születési helye, ideje: Email cím*:

Címe: Számlaszáma:

.....
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

CSAK HALÁLESETNÉL TÖLTENDŐ KI!

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 ország, hely, idő:

Állampolgárság: Mobiltelefonszám**:

Számlaszám: – –

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

- ☐ 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.

A biztosítási esemény jellege

- ☐ Daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálatának előírása (daganatos betegség gyanúja)
- ☐ Kritikus betegség ☐ Elhalálozás

A biztosítási esemény leírása

Helye: Időpontja:

Részletes leírás (mi történt?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A biztosítottat melyik egészségügyi intézményben kezelték?

A háziorvos neve: Telefonszáma:

Történt-e rendőrségi vagy egyéb hatósági intézkedés? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információ erről

Történt-e véralkohol-vizsgálat? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információ erről

A baleset munkavégzés közben történt-e (balesetkor)? ☐ igen ☐ nem ☐ nincs információ erről

Kérjük jelölje meg az igényelt szolgáltatást és azokat a dokumentumokat, melyeket az igénybejelentővel egyidőben beküld!

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!)

- | | |
|--|---|
| ☐ Daganatos betegség gyanúja | ☐ daganatos betegségre specifikus diagnosztikus vizsgálat előírását igazoló dokumentum |
| | ☐ a betegség megállapításához szükséges orvosi dokumentumok, leletek, kórházi zárójelentés másolata |
| ☐ Kritikus betegség bekövetkezése | ☐ a baleset vagy betegség kezdetének, kivizsgálásának, és a következmény lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok, leletek |
| ☐ Elhalálozás | ☐ biztosított halotti anyakönyvi kivonata
☐ biztosított halottvizsgálati bizonyítványa
☐ baleset kezdetének és a következménye lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (balesetkor)
☐ halálhoz vezető betegség kezdetének és lefolyásának tisztázásához szükséges orvosi dokumentumok (nem balesetkor)
☐ jogerős hagyatékátadó végzés vagy az öröklési bizonyítvány |
| Bármely esetben, ha készült: | ☐ baleseti jegyzőkönyv
☐ hatósági (pl. rendőrségi), munkahelyi intézkedés jegyzőkönyve
☐ véralkohol vizsgálat eredménye
☐ bírósági határozat |

Alulírott nyilatkozom, hogy a Szolgáltatási igénybejelentőben rögzített összes adat a valóságnak megfelel.

Kelt:

.....
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

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.
- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igényteljesítése 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.

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.

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 adathoz fordíthatósághoz 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:

.....
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 aláírása

Kárbejelentését a leggyorsabban a [general.hu/Home/Online_ugyfelszolgalat/Karbejelentes/SzemelyBiztositas](https://www.general.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 general.hu@general.com email címre.