

Szolgáltatási igénybejelentő

csoportos élet- és balesetbiztosításhoz



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333 • email: bmkarbejelentenes.hu@generali.com

Tisztelt Ügyfelünk! Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány pontos kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

Kötvényszám: **92815364636939800**

Szerződő adatai

Szerződő neve: **Belügyminisztérium**

Belügyminisztériumhoz tartozó egységek, úgy mint:

Terrorelhárítási Központ (a továbbiakban: TEK), Nemzeti Védelmi Szolgálat (a továbbiakban: NVSz), Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (a továbbiakban: BV), Országos Rendőr-főkapitányság (a továbbiakban: ORFK), a hivatásos katasztrófavédelmi szerv és az irányítása alá tartozó költségvetési szervek, az Országos Idegenrendészeti Főigazgatóság (a továbbiakban: OIF) az Országgyűlési Őrség (a továbbiakban: OGY), illetve hivatásos katasztrófavédelmi szerv szakmai felügyelete alá tartozó önkormányzati tűzoltóságok (a továbbiakban: ÖTP); önkéntes tűzoltó egyesületek (a továbbiakban: ÖTE) és az önkéntes mentőszervezetek (a továbbiakban: M). A TEK, az NVSz, a BV, az ORFK, a BM OKF, az OIF, az OGY, az ÖTP, az ÖTE és az M saját állomány (tagjaik)

Szerződő címe: **1051 Budapest, József Attila u. 2-4.**

Biztosított adatai

Biztosított neve: Születési ideje:

Címe:

Telefonszám: Email cím*:

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

Igénybejelentő neve: Születési ideje:

Címe:

Telefonszám: Email cím*:

Kérjük alábbiak alapján a megfelelő egységre vonatkozó adatokkal kitölteni!

Terrorelhárítási Központ (a továbbiakban: TEK), Nemzeti Védelmi Szolgálat (a továbbiakban: NVSz), Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (a továbbiakban: BV), Országos Rendőr-főkapitányság (a továbbiakban: ORFK), a hivatásos katasztrófavédelmi szerv és az irányítása alá tartozó költségvetési szervek, az Országos Idegenrendészeti Főigazgatóság (a továbbiakban: OIF) az Országgyűlési Őrség (a továbbiakban: OGY), illetve hivatásos katasztrófavédelmi szerv szakmai felügyelete alá tartozó önkormányzati tűzoltóságok (a továbbiakban: ÖTP); önkéntes tűzoltó egyesületek (a továbbiakban: ÖTE) és az önkéntes mentőszervezetek (a továbbiakban: M). A TEK, az NVSz, a BV, az ORFK, a BM OKF, az OIF, az OGY, az ÖTP, az ÖTE és az M saját állományuk.

A , mint munkáltató igazolása

Ezúton igazoljuk, hogy a fent nevezett biztosított a -nél a káresemény bekövetkeztékor munkaviszonyban lévő alkalmazott/gyakorlaton volt.

Kérjük, jelölje X-szel, amennyiben az alábbi szervezetek GYAKORLATÁN történt a baleset és alább adja meg a gyakorlat tartamára vonatkozó dátumokat!

- ORFK-nál a rendvédelmi technikumok első éves tanulói az alapkiképzés, valamint az éleslövészetek időtartama alatt;
- a hivatásos katasztrófavédelmi szerv szakmai felügyelete alá tartozó ÖTE a beavatkozás ideje alatt, valamint a saját maguk – mely a hivatásos tűzoltó parancsnokságokon dokumentált – és a hivatásos katasztrófavédelmi szervek által szervezett gyakorlatokon történő részvétel időtartama alatt;
- M a beavatkozás ideje alatt és a katasztrófavédelmi szervek által részükre szervezett gyakorlatokon történő részvétel időtartama alatt.

Gyakorlat kezdete: Gyakorlat vége:

.....
Munkáltató aláírása

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

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 hely és idő:

Mobiltelefonszám**:

Számlaszám:

.....
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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő, erőszakos, égésből eredő halál | <input type="checkbox"/> 28 napon túl gyógyuló sérülés |
| <input type="checkbox"/> Kiskorú gyermekek száma***: fő | <input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés |
| <input type="checkbox"/> Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés |
| <input type="checkbox"/> Csonttörés | <input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés |
| | <input type="checkbox"/> Égési sérülés |

*** Csak halál esetén töltendő!

- 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 a jelen pontban rögzített célból beszeresse és nyilvántartsa. Kifejezetten hozzájárulok továbbá 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.
- 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 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 kockázatelbírálással 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 igényteljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a Szerződőt – 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.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a generali.hu oldalról.

Kelt:

.....
 Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása
 (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)

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 dokumentum eredeti példányának bemutatását kérheti! (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> rokkantság esetén az illetékes társadalombiztosítási szerv jogerős határozata</p> <p><input type="checkbox"/> kedvezményezetti jogosultságot bizonyító okirat (mint pl. hagyatékatadó végzés, öröklési bizonyítvány) másolata, amennyiben a kedvezményezett a szerződésben név szerint megnevezésre nem került</p> <p><input type="checkbox"/> a biztosítási esemény bekövetkezésének tényét igazoló dokumentumok, a biztosítási esemény bekövetkezési körülményeinek és következményeinek tisztázásához szükséges iratok másolata (pl. a nyilatkozat a biztosítási esemény körülményeiről, az ezt tartalmazó jegyzőkönyvek másolata, boncolási jegyzőkönyv másolata, munkahelyi, iskolai, közlekedési vállalat által felvett baleseti jegyzőkönyv másolata)</p> <p><input type="checkbox"/> amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntetőeljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll)</p> | <p><input type="checkbox"/> a biztosítottnak a biztosítási eseménnyel összefüggő egészségügyi dokumentumainak másolata (pl. fekvőbeteg ellátás során keletkezett iratok, kórházi zárójelentések, a műtétről szóló orvosi dokumentáció, gyógyszerfelhasználást igazoló iratok, vizsgálati eredmények); balesetbiztosítási esemény esetén az első, akut orvosi ellátást igazoló dokumentáció</p> <p><input type="checkbox"/> a biztosított halála esetén a halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, halál utáni orvosi jelentés, boncolási jegyzőkönyv; keresőképtelenséget igazoló orvosi iratok.</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Mellékletek száma: db</p> |
|---|--|

Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt elektronikusan küldje el bmkarbejelentenes.hu@generali.com email címre vagy a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le.