



# Szolgáltatási igénybejelentő

Szimba tanuló balesetbiztosításhoz



**GENERALI**  
Biztosító

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

## A biztosított (gyermek)/nagykorú biztosított adatai

Neve: \_\_\_\_\_ Születési ideje: | | | | | | | | | |

Anyja neve: \_\_\_\_\_

## A baleset körülményeinek leírása

A baleset időpontja: 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ -n \_\_\_\_\_ óra

A baleset pontos helye: \_\_\_\_\_

Hogyan történt a baleset és milyen sérülés érte a biztosítottat? Az esemény részletes leírása:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe:

\_\_\_\_\_

## A szolgáltatás összegét, kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják:

A pénztintézet neve: \_\_\_\_\_

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_

Számlaszáma: | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |

- 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.
- 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.)
- Felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157. § (1) és (6)-(7) bekezdésében, valamint a 159. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól. A biztosító a biztosított egészségi állapotával közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
- Tudomásul veszem, hogy a szerződés elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 324. § (1) bekezdésében meghatározott általános öt éves elévülési időtől. Jelen szerződésből származó igények két (2) év elteltével elévülnek.

**Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali-Providencia Zrt. ügyfélszolgálaton/értékesítési egységen adja le vagy küldje el a (06-1) 451-3857-es faxszámra. A gyors kárrendezés érdekében kérjük, hogy a kitöltött Szimba Ügyfélkártyát a szolgáltatási igény bejelentésekor az ügyfélszolgálaton mutassa be!**

**Szolgáltatási igénybejelentő postai úton az alábbi címre is beküldhető: Generali-Providencia Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888.**

\_\_\_\_\_  
Kelt

\_\_\_\_\_  
Biztosított 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: \_\_\_\_\_

## Érkezett

Kárfeltevő hely:	G2 ügyfélszolgálat:	SZKK:
------------------	---------------------	-------