

A szolgáltatási igény jellege a biztosítás alapján:

Baleset:	<input type="checkbox"/> Baleseti halál	<input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Közlekedési balesetből eredő halál
	<input type="checkbox"/> Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Baleseti gyógyulási támogatás	<input type="checkbox"/> Közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás
	<input type="checkbox"/> Csonttörés	<input type="checkbox"/> Égési sérülés	<input type="checkbox"/> Baleset során sérült ruházat (poggyász)
	<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Baleseti keresőképtelenség	<input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés
Egészség:	<input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Gyógyulási támogatás	<input type="checkbox"/> Munkaképesség-csökkenés
	<input type="checkbox"/> Műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegség	<input type="checkbox"/> Keresőképtelenség
Élet:	Alapbiztosítás:	Kiegészítő biztosítások:	
	<input type="checkbox"/> Haláleset	<input type="checkbox"/> Baleseti halál <input type="checkbox"/> Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés <input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés <input type="checkbox"/> Díjátvállalás (halál, keresőképtelenség, 67%-os, 100%-os munkaképesség-csökkenés esetén)	

Egyéb: _____

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!

A szolgáltatási igény elbírálásához a következő iratokat mellékelem: (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

Baleset esetén:	Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség esetén:
<input type="checkbox"/> Rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)	<input type="checkbox"/> Keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata (diagnózis megjelölésével)
<input type="checkbox"/> Közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)	<input type="checkbox"/> Ha kórházi ápolás is történt: kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!)
<input type="checkbox"/> Véralkohol vizsgálati eredmény (ha készült)	<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*
<input type="checkbox"/> Gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata	Munkaképesség-csökkenés esetén:
<input type="checkbox"/> Az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata	<input type="checkbox"/> Munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata (rokkantsági határozat feltétlenül szükséges!)
Csonttörés esetén:	<input type="checkbox"/> Orvosszakértői Intézet rokkantsági jegyzőkönyvének másolata
<input type="checkbox"/> Csonttörést igazoló lelet másolata	<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*
Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén:	Kiemelt kockázatú betegség esetén:
<input type="checkbox"/> Az első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata	<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás)
<input type="checkbox"/> Állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata	<input type="checkbox"/> Ha műtét is történt: műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)
<input type="checkbox"/> Friss kezelőorvosi állapotleírás az előírt űrlap szerint	<input type="checkbox"/> A kiemelt kockázatú – dread disease – betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok:
Baleseti költségtérítés; ruházat, (poggyász) sérülése esetén:	<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*
<input type="checkbox"/> A kiadásokat igazoló eredeti számlák	Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén:
Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés esetén:	<input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés (nem kórházi igazolás!)	<input type="checkbox"/> Boncjegyzőkönyv másolata
<input type="checkbox"/> Ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata	<input type="checkbox"/> Halotti epikrízis
<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*	<input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat másolata
Baleseti műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, műtéti térítés, gyógyulási támogatás esetén:	<input type="checkbox"/> Külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás)	<input type="checkbox"/> Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékadó végzés másolata (Abban az esetben kell csatolni, ha korábban a kedvezményezettet név szerint nem nevezték meg.)
<input type="checkbox"/> Műtéti leírás másolata a műtét WHO-kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)	<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*
<input type="checkbox"/> Orvosi nyilatkozat*	Egyéb: _____

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

- 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 Egészség-biztosítási pénztárt (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.)
- Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy az OEP (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatót adjon.
- Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes egészségügyi adatokat a Generali-Providencia Biztosító Zrt. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból a Generali Holding Vienna AG (A-1010 Wien, Landstrongasse 1-3.) és/vagy egyéb viszontbiztosító részére adja át.

Kelt: _____ | | | | | | | | | |

Biztosított vagy jogutódjának aláírása

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok)

Igénybejelentő adatai: Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított vagy jogutódjának személyétől!

Neve: _____ Szül. ideje: | | | | | | | | | | Telefon/fax: _____

Címe: | | | | | _____

Kelt: _____ | | | | | | | | | | **szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása**

Biztosító tölti ki!

Kirendeltségre érkezett: | | | | | | | | | | Kirendeltségi kód: _____ Ügyszám kódja: _____

A hiánytalanul kitöltött igénybejelentőt valamennyi előírt dokumentummal átvettem (kirendeltségi ügyintéző aláírása): _____

A feldolgozásra jogosult egységhez érkezett: | | | | | | | | | | Ügyszám aláírása: _____