

Betegség- és balesetbiztosítási kárbejelentő

A Genertel Biztosító asszisztencia szolgáltatója: Redion Magyarország Szolgáltató Kft.

Budapest 1399, Pf. 694/324; Fax: +36 1 458 4445;

Tel.: Genertel Utasbiztosítás: +36 1 236 7557; Genertel Csoportos Utasbiztosítás: +36 1 458 4464;

CIB Utazásőr Biztosítás: +36 1 458 4473

KÁRSZÁM:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve: Születési dátum:

Születési név: Születési hely:

Anyja neve:

Állandó lakcím:

Telefonszám: Email cím:

Biztosítási szerződés száma (kötvényszám)*:

Termék neve/módozat:

Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:

Alulírott (név): Születési dátum:

Állandó lakcím: Szem. ig. szám:

Kijelentem, hogy (kiskorú neve) kiskorú törvényes képviselője vagyok.

* Genertel Utasbiztosítás esetén az utasbiztosítási szerződés száma, Genertel Csoportos Utasbiztosítás esetén az alaptörvény száma, CIB Utazásőr Biztosítás esetén a biztosítási jogviszony azonosítója

UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK

Utasítás célja: ☐ munkavégzés ☐ magáncélból

Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: -tól -ig

Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: -tól -ig

(Amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás nem egyezik meg.)

Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Redion Magyarország Kft. felé? ☐ igen ☐ nem

Volt-e más biztosítónál utasbiztosítása az utazás időtartamára? ☐ igen ☐ nem

Ha igen, biztosító neve:

A káresemény kapcsán más biztosító, cég (pl. légitársaság) felé nyújtott-e be kárigényt? ☐ igen ☐ nem

Biztosító neve:

Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt?

Történt-e kárkifizetés, milyen összegben?

KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI

Káresemény időpontja:

Káresemény helyszíne: Ország: Város:

Káresemény jellege (jelölje a megfelelő helyen):

☐ Sürgősségi orvosi ellátás/kórházi kezelés ☐ Betegszállítás/hazaszállítás ☐ Utazás megszakítása, visszautazás

Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:

Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? ☐ mentővel ☐ személygépkocsival

Egyéb módon:

KÁRSZÁM:

KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI *(folytatás az előző oldalról)*

Amennyiben közlekedési baleset történt *(jelölje a megfelelő helyen):*

Történt-e rendőri intézkedés: ☐ igen ☐ nem

Ön a: ☐ gépjármű vezetője volt. ☐ utasa volt.

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: Típusa:

Felelősségbiztosítójának neve: Kötvényszáma:

Casco biztosítójának neve: Kötvényszáma:

KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK

Felmerült orvosi/kórházi ellátás, gyógyszer-költség *(több tétel esetén külön lapon folytatható):*

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegyenlítette?	
			☐ igen	☐ nem
			☐ igen	☐ nem
			☐ igen	☐ nem

Felmerült egyéb költségek *(több tétel esetén külön lapon folytatható):*

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegyenlítette?	
			☐ igen	☐ nem
			☐ igen	☐ nem
			☐ igen	☐ nem

Benyújtott kártérítési igény összesen:

*Kérjük, ha blokkokat, számlákat nyújt be, azokat a felsorolásban jelzett sorszámmal mindenképpen lássa el!
A felsorolás azonos tartalommal, külön lapon folytatható.*

A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK *(kísérőlevélben személyre szabva)*

- ☐ A káreseményt alátámasztó orvosi leírás, kórházi zárójelentés (idő előtti hazaútnál az itthon tartózkodó rokoné)
- ☐ Eredeti számla az orvosi / kórházi kezelésről és fizetési bizonylat(ok)
- ☐ Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- ☐ Rendőrségi jelentés közlekedési baleset esetén
- ☐ Eredeti számla a hazaútról, légi utazás esetén szállókártya, taxi számla, vonatjegy, buszjegy
- ☐ Üzemanyagköltség elszámolásához: forgalmi engedély másolata, útvonal leírása

A SZOLGÁLTATÁSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA

Postai úton lakcímre HUF-ban:

Név:

Lakcím:

Banki átutalással:

Számlatulajdonos neve:

Születési ország, hely, idő:

Állampolgárság:

Állandó lakcíme:

Bank neve:

Bankszámlaszám (forint):

Devizaszámla esetén deviza neve: SWIFT(BIC) kód:

IBAN szám:

Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.

NYILATKOZAT

- ☐ Kijelentem, hogy a biztosított(ak) személyes adatainak – amennyiben egészségi adatok megadása is történik, úgy ideértve a biztosított(ak) egészségi állapotával kapcsolatos adatait is – biztosító részére történő átadására, és a biztosított(ak) nevében történő nyilatkozattételre az érintett biztosított(ak)tól származó felhatalmazással rendelkezem.
- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt 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. Kifejezetten 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) egészségi 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 Genertel Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Genertel 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.

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre juttassa vissza:

karrendezes.hu@redion.com email címre vagy

200.000 Forint feletti kárigény esetén kizárólag postai úton: Redion Magyarország Szolgáltató Kft., Budapest 1399, Pf. 694/324

Kelt:

A biztosított (a biztosított halála esetén házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa) aláírása.
Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú személy esetén törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok)

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Genertel Biztosító Zrt. (székhelye: 1132 Budapest, Váci út 36–38.)

Az adatkezelés céljai:

- a) a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- b) a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- c) a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- d) a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- e) a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- f) 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 adathordozhatósághoz 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 adatfeldolgozóról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről **további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.**

Az adatkezelési tájékoztató a www.genertel.hu oldal alján található „Adatkezelési tájékoztató” menüpontból érhető el.