

## Információ a baleseti kárigény bejelentéséhez

Minden játékgendéllyel rendelkező játékos rendelkezik minimális biztosítással, melyet a Magyar Kézilabda Szövetség köt a játékosra. A biztosítás díját a Csepel DSE finanszírozza. Csonttörésre és műtetre ad kártérítést edzésen, mérkőzésen történt sérülés esetén. Amennyiben a sérülés ellátása (csonttörés esetén gipszelés, esetleg műtét, műtét esetén a műtéti beavatkozás) megtörtént és rendelkezésre állnak az orvosi papírok (pl. kórházi zárójelentés), azután lehet az MKSZ ügyintézőjéhez postai úton eljuttatni a szükséges dokumentumokat, aki továbbküldi a biztosítási cég felé a kárigényt.

A szükséges nyomtatványok:

- a biztosító cég formanyomtatványai
  - o kárbejelentő
  - o sportolói igazolás,
- baleseti jegyzőkönyv
  - o edzésen történt sérülés esetén a Csepel DSE által kitöltött sportbaleseti jegyzőkönyv
  - o mérkőzésen történt sérülés esetén a mérkőzés jegyzőkönyve, melyben rögzítésre került a baleset és annak leírása,
- a sérülés ellátását igazoló orvosi papírok, zárójelentések.

A kitöltött nyomtatványokat az orvosi papírokkal együtt, postai úton a következő címre kell elküldeni:

**M. Major Bernadett**

**Versenybizottsági sportmunkatárs**

**Magyar Kézilabda Szövetség**

**Módusz Irodaház**

**1087 Budapest, Könyves K. krt. 76.**

**Tel.: (+36 1) 435-4212**

**E-mail: majorb@keziszovetseg.hu**

# Szolgáltatási igénybejelentő

baleset-, egészség- és életbiztosításhoz, valamint vagyonbiztosításhoz  
kötött baleset-, egészség- és életbiztosításhoz

Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat 06 40 200 250 • generali.hu@generali.com • Fax: 06 1 451 3857

Kötvényszám(ok), amely(ek)re vonatkozólag szolgáltatási igénybejelentést tesz

Kötvényszám: **92895364408594800**

Kötvényszám: .....

**Szerződő adatai (Amennyiben a szerződő és biztosított azonos, akkor csak a biztosított adatait kell kitölteni!)**

Szerződő neve: **Magyar Kézilabda Szövetség**

Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: .....

Mobiltelefon: **0614606820**

Címe: .....

E-mail cím: **mksz@keziszovetseg.hu**

**Biztosított adatai**

Biztosított neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Anyja neve: ..... E-mail cím: .....

Címe: .....

Foglalkozása: ..... Pontos munkatevékenysége: .....

A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportol?): .....

Milyen szinten?  Kiemelt sportoló  Élvonalbeli sportoló  Regionális szinten versenyző sportoló  
 Területi szinten versenyző sportoló  Hobby sportoló  Nem sportol

A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit sportolt?): .....

Mettől meddig sportolt és milyen szinten (a fenti besorolás alapján)? .....

**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/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

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

Neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

A szolgáltatási összeget a következő számlaszámra kérem utalni: .....

.....  
Kedvezményezett/törvényes képviselő aláírása

**Igénybejelentő adatai (abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől)**

Igénybejelentő neve: ..... Telefon/fax: .....

Születési helye, ideje: ..... Mobiltelefon: .....

Címe: ..... E-mail cím: .....

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

# Szolgáltatási igénybejelentő

baleset-, egészség- és életbiztosításhoz, valamint vagyonbiztosításhoz  
kötött baleset-, egészség- és életbiztosításhoz

Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat 06 40 200 250 • general.hu@generali.com • Fax: 06 1 451 3857

Kötvényszám: 92895364408594800

Szerződő neve: Magyar Kézilabda Szövetség

A szolgáltatási igény elbírálásához kérjük megjelölni az igénybevétel okát, valamint csatolni a következő iratokat (Kérjük a mellékelt iratokat a négyzetben jelölni!)

Felhívjuk fi gyelmét, 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 bármenny eredeti dokumentum bemutatását kérheti!

A biztosítási esemény időpontja: .....

- Baleset esetén
- az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (amennyiben a biztosított vezette a gépjárművet)
- véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredménye (ha készült)
- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)
- Csonttörés esetén
- csonttörést igazoló lelet másolata
- Balesetből, illetve közlekedési balesetből eredő maradandó egészségkárosodás esetén
- friss kezelőorvosi állapotleírás
- állapotrosszabbodás esetén: a szolgáltatás megállapítása óta történt orvosi vizsgálatok, kezelések dokumentumainak másolata
- Baleseti keresőképtelenség, keresőképtelenség
- keresőképtelenségi igazolás (táppénzes papír)
- ha kórházi ellátás is történt: kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- szakrendelőben történt ellátás esetén: ambuláns lap(ok) másolata
- folyamatos keresőképtelenség esetén 60 naponta friss kezelőorvosi dokumentum másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*
- Baleseti kórházi napi térítés, kórházi napi térítés, égési sérülés esetén
- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- ambuláns lap, orvosi dokumentum másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*

\* A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórimzésének pontos időpontjával.

\*\* Figyelem! A 2007. évi CXXXVI. törvény a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvény rendelkezései szerint haláleseti kifizetés nem teljesíthető abban az esetben, ha a kedvezményezett és a szerződő azonosítása nem történt meg. Ezért kérjük, keresse fel valamely ügyfélszolgálatunkat, ahol munkatársaink készséggel elvégzik az azonosítást.

- Baleseti műtéti térítés, műtéti térítés, baleseti gyógyulási támogatás, gyógyulási támogatás esetén
- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- műtéti leírás másolata, a műtét WHO/OENO kódjának megjelölésével (kérjük ellenőrizze a műtéti leírást, a szolgáltatási igény elbírálása csak a WHO-kód alapján lehetséges)
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*
- Maradandó egészségkárosodás (rokkantság/munkaképesség-csökkenés) esetén
- annak megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok, szakvélemények másolata
- Orvosszakértői intézet szakvéleményének másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*
- Kiemelt kockázatú betegség esetén
- kórházi zárójelentés másolata (nem kórházi igazolás!)
- 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)
- a kiemelt kockázatú betegségekre vonatkozó biztosítás különös feltételeiben meghatározott egyéb orvosi dokumentumok
- Halál, baleseti halál, közlekedési balesetből eredő halál esetén
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata
- halotti anyakönyvi kivonat másolata
- boncjegyzőkönyv másolata (ha készült)
- halotti epikrízis másolata
- orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén\*
- pénzmossási azonosítási adatlap a kedvezményezettre és a szerződőre vonatkozóan\*\*
- külföldön bekövetkezett halál esetén: a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása
- jogerős öröklési bizonyítvány, vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (abban az esetben szükséges csatolni, ha korábban kedvezményezett(ek)et név szerint nem neveztek meg)
- Baleseti költségtérítés
- kiadásokat igazoló eredeti számlák
- Szolgáltatás-fi nanszírozó egészségbiztosítás esetén:
- a biztosított nevére szóló eredeti számla
- egészségügyi és egyéb dokumentumok
- Egyéb: .....

## Baleset esetén töltendő ki

Baleset időpontja: .....-n ..... 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

Kelt: .....

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

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).

# Szolgáltatási igénybejelentő

baleset-, egészség- és életbiztosításhoz, valamint vagyonbiztosításhoz  
kötött baleset-, egészség- és életbiztosításhoz

Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat 06 40 200 250 • general.hu@generali.com • Fax: 06 1 451 3857

Kötvényszám: 92895364408594800

Szerződő neve: Magyar Kézilabda Szövetség

- 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 Egészségpénztárat (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 beszerezze 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.
- Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a társadalombiztosítási igazgatóság (illetőleg munkáltató) a biztosított részére kifizetett táppénz mértékéről a biztosítónak – szükség esetén – írásbeli tájékoztatást adjon.
- Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a biztosítási titkot képező személyes adatokat a Generali Biztosító Zrt. kárrendezési tevékenység céljából a biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló orvosok részére, valamint viszontbiztosítási célból viszontbiztosító részére átadhatja.

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).

Tanú 1

Tanú 2

Név: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

## Hozzájárulás az igénybejelentő e-mail címének/telefonszámának használatához

Alulírott igénybejelentő mobiltelefonszámom és/vagy e-mail címem megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a megadott elérhetőségeken keresztül biztosítási szerződéseim megkötésével, kezelésével és esetleges megszüntetésével, szolgáltatási, kárrendezési igényével, kármegelőzéssel kapcsolatban, valamint a következő biztosítási időszakra várható díjról elektronikus úton információkat küldjön részemre és ebből a célból elérhetőségi adataim at kezelje azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási szerződésből eredően igény érvényesíthető. Vállalom továbbá, hogy az e-mail címben/telefonszámomban bekövetkezett változást – az információk illetéktelen személyhez jutásának elkerülése érdekében – 5 munkanapon belül a biztosítónak írásban bejelentem. Tudomásul veszem, hogy a bejelentés elmulasztásából eredő esetleges kárért a biztosító nem vállal felelősséget. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosító a biztosítási szerződés megkötésével, kezelésével és esetleges megszüntetésével, szolgáltatási igényvel kapcsolatos tájékoztatást vagy nyilatkozatot az elektronikus aláírásról szóló 2001. évi XXXV. törvényben szabályozottaknak megfelelően, fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton (e-mail) küldi meg részemre, úgy az elektronikus aláírt elektronikus dokumentumba foglalás az írásbeliség követelményének eleget tesz. Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a biztosító a későbbiekben bármikor igazolni tudja

- Alulírott igénybejelentő hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a nevemet, címemet, a megadott mobiltelefonszámomat, és e-mail címemet közvetlen üzletszerzés céljából biztosítási, hitelintézeti, tőkepiaci befektetési pénztári termékekre és szolgáltatásokra vonatkozó ajánlatadás vagy ajánlatok továbbítása érdekében a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartsa, és részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön. Alulírott igénybejelentő hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a nevemet, mobiltelefonszámomat és/vagy e-mail címemet az Európai Utazási Biztosító Zrt., a Generali Alapkezelő Zrt., a Europ Assistance Magyarország Kft., a Generali a Biztonságért Alapítvány, Generali Önkéntes Nyugdíjpénztár, a Genertel Biztosító Zrt., a GP Consulting Pénzügyi Tanácsadó Kft., Familio Kft., valamint a Generali Egészségpénztár részére marketing tevékenység céljából továbbítsa, és ezen társaságok, valamint szervezetek az adatait a hozzájárulás visszavonásáig kezeljék

Alulírott igénybejelentő kijelentem, hogy hozzájárulás megadása önkéntes és tudomásul veszem, hogy a reklámok közvetlen megkeresés módszerével részemre történő küldésének megtiltására, illetőleg a nyilatkozatom visszavonására bármikor indokolás nélkül, ingyenesen az alábbi címen, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – nevem, születési dátumom és kötvényszámom megadásával – lehetőségem van: general.hu@generali.com elektronikus levelezési címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címén.

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása

# Sportolói igazolás

Pajzs kollektív sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosítás  
szolgáltatási igényének bejelentéséhez



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • www.generali.hu

## SPORTOLÓ TÖLTI KI!

### Sportoló adatai

Neve: \_\_\_\_\_

Neme:  nő  férfi

Adóazonosító jele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Születési helye, ideje: \_\_\_\_\_

Állampolgársága:  magyar  más: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_ Telefon/fax: \_\_\_\_\_

### Levelezési adatok

Neve: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_ Telefon/fax: \_\_\_\_\_

Foglalkozása (tevékenységi kör): \_\_\_\_\_ Sporttevékenysége: \_\_\_\_\_

A biztosítási esemény időpontja:\* \_\_\_\_\_

\* Baleset esetén a baleset napja, betegség esetén a kórházi ápolás első napja. Keresőképtelenség esetén a keresőképtelen állomány első napja. Egyéb esetekben a feltételekben meghatározott időpont.

Dátum: \_\_\_\_\_

Sportoló aláírása: \_\_\_\_\_

## SPORTSZERVEZET TÖLTI KI!

Ügyintéző neve: \_\_\_\_\_ Telefonszáma: \_\_\_\_\_

Biztosítási szerződés kötvényszáma: 92895364408594800

### Sportszervezet adatai (Pajzs kollektív sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosítás szerződője)

Neve: Magyar Kézilabda Szövetség

Címe: 1087 BUDAPEST Könyves Kálmán körút 76.

Telefon/fax: 0614606820

Adószáma: 18161777-2-42

### Levelezési adatok

Neve: Magyar Kézilabda Szövetség

Levelezési cím: 1087 BUDAPEST Könyves Kálmán körút 76.

Telefon/fax: 0614606820

Biztosított csoport neve: \_\_\_\_\_

Sportoló sporttevékenysége: \_\_\_\_\_

Sportoló sporttevékenységének szintje: \_\_\_\_\_

Sportoló rendszeres sporttevékenységének helye: \_\_\_\_\_

Készült-e a balesetről sportbaleseti jegyzőkönyv:  igen  nem Ha igen, kérjük mellékelni!

(Ha a biztosítás csak az edzésekre, versenyekre terjed ki, akkor a szolgáltatási igény elbírálásához sportbaleseti jegyzőkönyvet kell csatolni!)  
Kijelentem, hogy a fent megnevezett sportoló a biztosítási esemény időpontjában a biztosítási szerződésben biztosítva volt, a rá vonatkozó díjat megfizettem.

Dátum: \_\_\_\_\_

PH.

Sportszervezet aláírása: \_\_\_\_\_

(jogi személy/jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet esetén cégszerű aláírás)

## A BIZTOSÍTÓ KÁRRENDEZŐ MUNKATÁRSA TÖLTI KI!

Dátum: \_\_\_\_\_

Kárrendező aláírása: \_\_\_\_\_

## A Csepel DSE sportbaleseti jegyzőkönyve

A balesetet szenvedett sportoló adatai:

neve:

anyja leánykori neve:

születési helye, ideje:

lakhelye:

TAJ száma:

A baleset helye:

A baleset időpontja:

A baleset részletes leírása:

Az egyesület nyilatkozata:

Alulírott, \_\_\_\_\_ mint a Csepel Diáksport Egyesület  
(székhelye: 1213 Budapest, Révész út 5/B., adószáma: 18151187-2-43)  
képviselője kijelentem, hogy a fent leírt esemény a Csepel DSE  
edzésén/mérkőzésén történt.

Dátum:

P.H.

Aláírás