



**Budafok-Tétény Budapest XXII. kerület Önkormányzatának
GAZDASÁGI IRODA**
1221 Budapest, Városház tér 11.
Tel: 229-2676, fax: 229-2638
Budapest 1, Pf. 109.
1 7 7 5
www.bp22.hu

ikt. szám: 72/2010/XIV.
ügyintéző: Bernula Zoltánné

Tisztelt Intézményvezető Asszony/Úr!

Tárgy: Tájékoztató

A 119/2003. (VIII. 14.) Korm. rendelet alapján általános gyermek- és ifjúsági balesetbiztosítási szerződés került aláírásra a biztosító társaság és a magyar állam között.

Az általános gyermek- és ifjúsági baleset-biztosításban biztosítottnak tekinthető a Magyar Köztársaság területén állandó lakóhellyel rendelkező minden magyar állampolgár a 3. életéve betöltésének napjától a 18. életéve betöltésének napjáig. A biztosított jogviszony a meghatározott életkor eléréseivel automatikusan jön létre, illetve szűnik meg, és a biztosítás díját a magyar állam fizeti.

A gyermekek balesetét bejelenthetik, illetve információhoz juthatnak az Allianz Hungária Biztosító Zrt. telefonos ügyfélszolgálatánál a 06-40-421-421 es (országosan helyi díjszabással hívható) kékszámon!

A telefonos ügyfélszolgálat hétfőtől péntekig, reggel 8-tól eset 18 óráig áll rendelkezésre az interaktív hangmenüben az 1-es gomb megnyomása - biztosító választása - után, a kárjelentést a főmenü 6-os gombjával érheti el.

Külföldről a +361-237-2372-es telefonszámon érheti el a telefonos ügyfélszolgálatot.

Kérem Önt, hogy minden szülőt szíveskedjen tájékoztatni a fenti tényről.

Budapest, 2010. február 22.




Hauberl Judit
gazdasági irodavezető

**Kapja: minden intézmény vezetője
Közoktatási és Sport Iroda vezetője
Balesetvédelmi előadó**

Allianz Hungária Zrt.
Életbiztosítási szakközelési szekció
1387 Budapest, Pf. 11.
Telefonos ügyfélszolgálat: 06-40-421-421
Internet: www.allianz.hu

Csonttörésre, csontrepedésre vonatkozó szolgáltatási igénybejelentő az államilag finanszírozott gyermek balesetbiztosításhoz

Tisztelt Ügyfelünk! Kérjük, minden kérdésre szíveskedjen válaszolni, a megfelelő négyzetbe pedig tegyen X jelet.

A biztosított (gyermek) adatai:	
Családi és utóneve: _____	Születési helye: _____ Ideje: _____ év _____ hó _____ nap
Anyja leánykori neve: _____	Állampolgársága: _____
A törvényes képviselő (szülő) adatai:	
Családi és utóneve: _____	Születési Ideje: _____ év _____ hó _____ nap
Lakcíme: _____	Telefon/fax: _____
Levelezési címe: _____	
Baleset esetén kitöltendő: (A csonttörést, csontrepédést igazoló röntgenleletet vagy az orvosi igazolás másolatát szíveskedjen mellékelni!)	
A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra, Helye: _____	
A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe _____	

Szolgáltatás teljesítése: (A szolgáltatási igény teljesítéséhez kitöltése nélkülözhetetlen!)

A biztosítási szolgáltatási összeget az alább megadott bankszámlaszámra történő utalással, lakcímemre történő utalással kérem teljesíteni.

Számlatulajdonos neve: _____

a(z) _____ - _____ - _____ számú bankszámlára kérem utalni a szolgáltatást.

Nyilatkozatok:

1. Alulírott, ezúton kijelentem, hogy az általam képviselt kiskorú biztosítottat érintő, az általános gyermek- és ifjúsági balesetbiztosítás szolgáltatásával kapcsolatos tényeket, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg a nyomozó hatóságot a kár rendezésében résztvevő Allianz Hungária Zrt. -vel szemben a biztosítottat érintő titoktartás alól felmentem.
2. Az orvosi titoktartás alól felmentem továbbá mindazon orvosokat (egészségügyi intézményeket), akik a biztosítási szerződés megkötése előtt, illetve annak tartalma alatt a biztosítottat kezelték illetve kezelni fogják.
3. Kötelezettséget vállaltok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a biztosító rendelkezésére bocsátom.
4. Tudomásul veszem, hogy ha a jelen igénybejelentő és az annak mellékletét képező röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata a biztosítóhoz megérkezik, a biztosító a megérkezéstől számított 15 napon belül teljesíti a biztosítási szolgáltatást.
5. Tudomásul veszem, hogy amennyiben hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító üzletkötője a jelen igénybejelentés biztosítóhoz való megérkezésétől számított két héten belül személyesen felkeressen további biztosítási termékekkel, illetve banki szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatásadás céljából, a biztosító a csonttörésre, illetve csontrepedésre vonatkozó biztosítási szolgáltatási összeg kifizetésével együtt a biztosítási szolgáltatási összeg 10 százalékának megfelelő összeget fizet ki részemre.

Ennek alapján hozzájárulok, nem járulok hozzá, hogy a biztosító üzletkötője felkeressen.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

.....
a biztosított törvényes képviselőjének aláírása