



SZIMBA-KALAUZ

2017/2018-AS TANÉV

BIZTONSÁG

minden

pillanatban



MIÉRT ÉRDEMES SZIMBA CSOPORTOS TANULÓ BALESET-BIZTOSÍTÁST VÁLASZTANI?

- bölcsődés, óvodás és iskolás gyerekek részére
- 0-25 éves korig megköthető
- biztosítási védelem napi 2 forinttól
- 6 szolgáltatási csomag
- 24 órás biztosítási védelem
- bel- és külföldön érvényes
- jól kiegészíti az állami gyermekbiztosítást

ÚJDONSÁGOK:



- kórházi intenzív osztályon történő ellátás esetén dupla kórházi napi térítés szolgáltatás



- online szolgáltatási igénybejelentés

Hogyan igényelhető a Szimba biztosítás?

- JELÖLJE MEG A VÁLASZTOTT CSOMAGOT, TÖLTSE KI ÉS ÍRJA ALÁ A SZIMBA VÁLASZKÁRTYÁT!
- A választott csomag díját, valamint az Ön által kitöltött Válaszkártyát a Szimba Ügyfélkártyával együtt kérjük juttassa el az ajánlattevő intézmény tanuló balesetbiztosításának kezelésével megbízott munkatársához.

A Szimba tanuló balesetbiztosításról és a biztosítási feltételekről tájékoztatást kaphat a generali.hu oldalon, a **Telefonos ügyfélszolgálat +36 1 452 3333**-as telefonszámán, a Generali Biztosító Zrt. bármelyik értékesítési egységén, ügyfélszolgálatán, illetve az oktatási-, vagy a nevelő-gondozó (ajánlattevő) intézményben.

Szolgáltatási igény az alábbi címre küldhető be: generali.hu@generali.com, vagy Generali Biztosító Zrt. 7602 Pécs, Pf. 888. Fax: 06 1 451 3857
Szolgáltatási igényét elindíthatja a generali.hu oldalon is.



(Kedves Szülő! Kérjük, hogy töltsse ki a Válaszkártyát és az annak részét képező Szimba Ügyfélkártyát, és együtt küldje vissza az ajánlattevőnek.)

SZIMBA VÁLASZKÁRTYA 2017/2018-as tanév

Az intézmény (ajánlattevő) neve:

Biztosított neve, csoport/osztály megnevezése:

Születési dátum: ____ év ____ hó ____ nap Neme: férfi nő

18 év alatti (kiskorú) biztosított esetén szülő (törvényes képviselő):

Neve:

Születési dátum: ____ év ____ hó ____ nap

Lakcíme:

Vezetékes vagy mobiltelefon szám: ____

E-mail címe:

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a SZIMBA VÁLASZKÁRTYA 2017/2018-as tanév kitöltése előtt az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések, a Szimba tanuló balesetbiztosítás feltételei (TANF17) és a Szimba terméktájékoztató 2017/2018-as tanév dokumentumokat a generali.hu weboldalon letöltöttem, megismertem és elfogadtam.

Jelen nyilatkozat aláírásával a Szimba tanuló balesetbiztosításra irányadó biztosítási feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Választott Szimba-csomag: A B C D E F

Dátum, _____, 201____, ____ hó ____ nap.

Biztosított / kiskorú biztosított esetén szülő (törvényes képviselő) aláírása

SZIMBA ÜGYFÉLKÁRTYA 2017/2018-as tanév

Intézmény (ajánlattevő) neve:

Biztosított neve, csoport/osztály:

Születési dátuma: ____ év ____ hó ____ nap

Neme: férfi nő

18 év alatti (kiskorú) biztosított esetén szülő (törvényes képviselő) neve:

Biztosított/kiskorú biztosított esetén szülő (törvényes képviselő) aláírása:

Választott csomag:

Szolgáltatási igény bejelentésekor kérjük mutassa be az Ügyfélszolgálaton! A Szimba Ügyfélkártya nem bizonyítja a biztosítási díj befizetését.

Kötvényszám:

Biztosításközvetítő:

Biztosításközvetítő telefonszáma:

Biztosításközvetítő aláírása: