

ANYAGI BIZTONSÁG ÖRÖKMOZGÓKNAK



Szimba-Kalauz 2025/2026-os tanév

Baleset sajnos bármikor előfordulhat gyermekünkkel, amit a legnagyobb odafigyelés mellett sem tudunk megelőzni. Készülj fel rá anyagilag, legyen biztosítási védelme gyermekednek is!

MIÉRT ÉRDEMES SZIMBA CSOPORTOS TANULÓ BALESET- BIZTOSÍTÁST VÁLASZTANOD?

- bölcsődés, óvodás és iskolás gyerekek részére
25 éves korig megköthető
- 24 órás biztosítási védelem,
ami külföldön is érvényes
- jól kiegészíti az állami balesetbiztosítást

HOGYAN IGÉNYELHETŐ A SZIMBA BIZTOSÍTÁS?

A Szimba tanuló balesetbiztosításról és a biztosítási feltételekről tájékoztatást kaphatsz a generali.hu oldalon, a Generali Biztosító Zrt. bármelyik értékesítési egységén, ügyfélszolgálatán, illetve az oktatási-, vagy a nevelő-gondozó intézményben.



KÖLTSÉGTÉRÍTÉS
BALESET MIATT
ABBAHAGYOTT
RENDEZVÉNY ESETÉN



JELÖLD MEG A VÁLASZTOTT CSOMAGOT, TÖLTSD KI ÉS ÍRD ALÁ A SZIMBA VÁLASZKÁRTYÁT!

A választott csomag díját, valamint az általad kitöltött Válaszkártyát a Szimba Ügyfélkártyá-vai együtt kérjük juttasd el a biztosításközvetítőhöz.



(Kérjük, hogy töltsd ki a Válaszkártyát és az annak részét képező Szimba Ügyfélkártyát, és együtt küldd vissza az ajánlattevőnek.)

SZIMBA VÁLASZKÁRTYA 2025/2026-OS TANÉV

Szerződő intézmény neve:
Biztosított neve, csoport/osztály megnevezése:
Születési dátum: ____ év ____ hó ____ nap Neme: ☐ férfi ☐ nő

Választott Szimba-csomag: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

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

Neve:
Vezetékes vagy mobiltelefon szám*:
E-mail címe*:
Születési dátum*: ____ év ____ hó ____ nap
Lakcíme*:

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a „SZIMBA VÁLASZKÁRTYA 2025/2026-os tanév” kitöltése előtt az Ügyfél-tájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések, a Szimba tanuló balesetbiztosítás feltételei (TANF25) és a Szimba termékbemutató 2025/2026-os tanév dokumentumokat átvettem, megismertem és elfogadtam.

Jelen nyilatkozat aláírásával a Szimba tanuló balesetbiztosításra irányadó biztosítási feltételeknek „A Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő szatályok” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

☐ Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Szerződő intézmény az általam választott Szimba csomag biztosítási díját rám áthárítsa.

Dátum, _____, 20____, ____ hó ____ nap.

Nagykorú biztosított / szülő (törvényes képviselő) aláírása

SZIMBA ÜGYFÉLKÁRTYA 2025/2026-OS TANÉV

Szerződő intézmény neve:

Biztosított neve, csoport/osztály:

Születési dátuma: ____ év ____ hó ____ nap

Neme: ☐ férfi ☐ nő

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

Nagykorú biztosított / szülő (törvényes képviselő) aláírása:

Választott csomag:

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

Kötvényszám:

Biztosításközvetítő:

Biztosításközvetítő telefonszáma:

Biztosításközvetítő aláírása:

* Marketing nyilatkozat megadása esetén

A Szimba tanuló balesetbiztosítás szolgáltatásai (Ft/biztosított) 2025/2026-os tanév

SZIMBA CSOMAGOK	A	B	C	D
 Csonttörés, csontrepedés maradandó fog törése	50 000	40 000	30 000	15 000
 Speciális balesetek szúrt, vágott sérülések, állati harapások, áramütés, kullancs-csípés okozta encephalitis/Lyme-kór	75 000	50 000	30 000	10 000
 Fertőző betegségek rotavírus, salmonella, agyvelő-, agyhártyagyulladás	25 000	20 000	10 000	10 000
 Speciális műtétek vakbél-, lágyéksér, garatmandula- műtét	25 000	20 000	10 000	0
 Kórházi napi térítés intenzív osztályon DUPLA szolgáltatás ételemérgezés esetén DUPLA szolgáltatás	4 500	3 000	1 500	600
 Égési sérülés	2 000 000	1 000 000	400 000	200 000
 Baleseti műtéti térítés	1 000 000	750 000	500 000	240 000
 Baleseti kórházi napi térítés intenzív osztályon DUPLA szolgáltatás	7 500	5 000	3 500	1 000
 Baleseti költségtérítés szolgáltatás bővítés: baleset miatt abbahagyott rendezvény esetén	600 000	300 000	250 000	150 000
 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	4 500 000	3 500 000	2 500 000	1 200 000
 Közlekedési baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás	3 500 000	2 500 000	1 500 000	800 000
 Baleseti halál	1 000 000	750 000	500 000	400 000
ÉVES DÍJ (Ft/fő/év)	20 000	15 000	10 000	5 000



Kárbejelentésed megteheted online a generali.hu oldalon, vagy beküldheted az alábbi címekre:
generali.hu@generali.com, vagy Generali Biztosító Zrt. 7602 Pécs, Pf. 888.

**GYERMEKEDNEK
VÁLASZTOTT
SZIMBA-CSOMAG:**

TÖBBMILLIÓS SEGÍTSÉG Balesetbiztosítási védelem az egész családnak

- 4x4 csomag életkor és élethelyzet alapján választható 0-79 éves korig
- TeleDoktor, Betegszállítás és Jogvédelem biztosítás csomagtól függően
- Segítsünk együtt! A biztosítási díj 10%-ával támogatjuk a The Human Safety Net programjait!



MARKETING NYILATKOZAT

Aiulított nagykorú (cselekvőképes) biztosított / szülő (törvényes képviselő) a saját nevemben eljárva hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.) az általam megadott saját személyes adataimat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámtól küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen, az Adatkezelési tájékoztató – különösen annak a közvetlen üzletszerzési célú adatkezelésekre vonatkozó pontja – szerinti megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

Az adatkezelés hozzájárulásom alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg a hozzájárulás visszavonására bármikor indoklás nélkül, az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: generali.hu@generali.com elektronikus levelezési címen, e-mailben kapott üzenetek esetén pedig a leiratkozas@generali.com címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adatfeldolgozó igénybevétele, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

Dátum, _____, 20____, ____ hó ____ nap.

.....
 Nagykorú biztosított / szülő (törvényes képviselő) aláírása

