




NN-Bank360 Csoportos személybiztosítás – Igénybejelentés halál, egészségkárosodás esetén

Számítógépes kitöltés esetén a kötelezően kitöltendő mezők piros kerettel vannak jelölve. A  ikon fölé húzva az egeret, segítséget talál a helyes kitöltéshez. Amennyiben a nyomtatványt kézzel tölti ki, kérjük, könnyen olvasható, nyomtatott betűket használjon.

Szerződésszám

Melyik biztosítási fedezetre jelent be igényt?

bármely okú halál

bármely okú maradandó, legalább 70%-ot elérő egészségkárosodás

Biztosított adatai

Neve: 

Születési ideje:

Telefonszáma:

Lakcíme:

Ügyfélezonosító: 

Választott biztosítási csomag (ha ismert):

Egészségkárosodás esetén a rokkantságot okozó betegség megnevezése:

Szerződő adatai

Neve:

Telephelye/címe:

Adószáma:

A baleset részletei baleset esetén

Baleset helye: 

Baleset időpontja:

Hol és hogyan történt a baleset, és milyen sérülés érte? Kérjük, részletezze! 




Volt-e rendőri intézkedés? Igen Nem

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el?

Munkahelyi baleset esetén készült-e Munkabaleseti jegyzőkönyv? Igen Nem

Ha nem készült, miért nem?


Kedvezményezett adatai

Neve: 			
Anyja neve:		Telefonszáma  (napközbeni elérhetőség):	
E-mail címe: 		Születési ideje:	
Lakcíme:			
Állampolgárság 1.:		Állampolgárság 2.:	
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel: 	<input type="radio"/> Igen ¹	<input type="radio"/> Nem	

Kifizetés módja

Alulírott Kedvezményezett kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megadott **saját bankszámlaszámomra** történjen.

IBAN-szám és SWIFT-kód bármely devizanemű (HUF és EUR) bankszámla megadása esetén szükséges!

Bankszámla típusa:	<input type="radio"/> Forint	<input type="radio"/> Deviza	Az utalást _____ devizában kérem indítani.
IBAN-számlaszám:	_____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____		
SWIFT-kód:	_____	Közlemény:	_____
Számlatulajdonos neve: 	_____		
Számlavezető pénzintézet megnevezése:	_____		

Alulírott Kedvezményezett hozzájárulok ahhoz, hogy devizában vezetett bankszámlaszám megadása esetén a biztosítási összeget az NN Biztosító Zrt. számlavezető bankja a teljesítés napján érvényes deviza vételi árfolyamon átváltsa. Tudomásul veszem, hogy az átváltás árfolyamkockázattal jár, amely engem terhel.

A Biztosítónak nincs lehetősége a számlaszámra vonatkozó adatok helyességét ellenőrizni, így azok pontosságáért minden felelősség az igénybejelentőt terheli. Rendelkezésemet önkéntesen, tájékozottan és a következmények ismeretében adtam meg.

Kelt:	_____	Biztosított / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	_____
	_____	Kedvezményezett / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	_____

Tanúk

Alulírott tanúk igazoljuk, hogy az okirat aláírója a nem általa írt okiratot előttünk írta alá:

A tanú saját kezű aláírása:	_____	A tanú saját kezű aláírása:	_____
A tanú viselt neve olvashatóan írva:	_____	A tanú viselt neve olvashatóan írva:	_____
A tanú lakcíme olvashatóan írva:	_____	A tanú lakcíme olvashatóan írva:	_____

¹ Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az „NN-Bank360 Csoportos személybiztosítás” biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei 16. pontjában szereplő adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban „Adatkezelési tájékoztató”) – melyet letöltöttem a www.bank360.hu oldalról – elolvastam és tartalmát megértettem.

A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően megismert részletes Adatvédelmi tájékoztató által megfelelő tájékoztatást kaptam az adatkezeléssel, illetve adatfeldolgozással kapcsolatos valamennyi tényről és körülményről, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról, azok gyakorlásáról és jogorvoslati lehetőségeimről.

Az Adatvédelmi tájékoztató ismeretében, az abban megadott tájékoztatáson alapuló alábbi konkrét adatkezelési nyilatkozatokat és hozzájárulásokat teszem.

Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás elmaradásának következménye az, hogy a Biztosító nem tud a biztosítási szerződés szerint szolgáltatni, a jogi igények nem előterjeszthetőek, nem érvényesíthetőek, illetve a jogi igények védelme sérül.

A kezelt adatok köre: a szolgáltatáshoz szükséges adatok, amelyeket a személyes orvosi vizsgálat, valamint az érintettől készült egyéb egészségügyi dokumentáció tartalmaz.

Tudomásul bírok arról, hogy a jelen dokumentumban megadott nyilatkozataim jogvita során jelentőséggel bírnak, ezért tájékozottan, a következmények ismeretében, határozottan és kifejezetten kijelentem, hogy a jelen dokumentumban foglalt nyilatkozatokat önkéntesen és szabad és befolyásmentes akaratnyilvánítással, a következmények és a részletes Adatvédelmi tájékoztató ismeretében, kellő megfontolás után én adtam meg, és azok a valóságnak megfelelnek.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy jogosult vagyok arra, hogy az itt megadott hozzájárulásomat bármikor visszavonjam, ugyanakkor tájékoztatást kaptam arról is, hogy a törlésre vonatkozó kérelmemet az adatkezelő nem teljesíti, ha az adatkezelés (i) a személyes adatok kezelését előíró, az adatkezelőre alkalmazandó jog szerinti kötelezettség teljesítése céljából; (ii) jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges, illetve (iii) ha az adatkezelésnek van más jogalapja. Tekintettel arra, hogy az érintett hozzájárulásának visszavonása esetén az adatkezelésnek van más jogalapja, a biztosítási szerződés teljesítése, illetve az egészségügyi adatok szükségesek a jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez, az érintett hozzájárulásának visszavonása nem eredményezi az egészségügyi adatok törlését.

Ezúton tájékozottan, önkéntesen, szabad és befolyásmentes akaratnyilvánítással, határozottan és kifejezetten, a részletes Adatvédelmi tájékoztató és a következmények ismeretében, kellő megfontolás után **hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy** az egészségi állapotommal összefüggő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban Eüak.) meghatározott egészségügyi adataimat az NN Biztosító Zrt. mint adatkezelő a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de maximum a csoportos biztosítási szerződés megszűnését követő 10 évig az Adatvédelmi tájékoztatóban meghatározottak szerint kezelje.

Kelt:

Biztosított / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

Nyilatkozat az orvosi titoktartás alóli felmentésről

Alulírott Biztosított kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy ezúton felmentem titoktartási kötelezettségük alól az egészségügyi állapotommal összefüggő adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos, kórházi kezelőorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) az NN Biztosító Zrt.-vel szemben abból a célból, hogy azokat a Biztosító a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás és a kárrendezés érdekében megismerje és felhasználja.

Kelt:

Biztosított / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

Tájékoztató

- Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító lakcímre történő utalást nem teljesít.
- Ha korábban nem nyilatkozott arról, hogy adózási szempontból melyik országban rendelkezik illetőséggel, továbbá, hogy hozzájárul-e a biztosítók közötti adatcseréhez, akkor kérjük, hogy a „Nyilatkozat adózási illetőségről életbiztosítási szerződésből történő kifizetés esetén” és a „Nyilatkozat a biztosítók közötti adatcseréről” elnevezésű nyomtatványokat töltsse le a www.nn.hu-ról, és kitöltve, aláírva juttassa el a Biztosítóhoz az igénybejelentéssel együtt.
- A Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához kérhető okiratok és dokumentumok listáját az „NN-Bank360 Csoportos személybiztosítás” biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei tartalmazza.
- Az igénybejelentő nyomtatvány kitöltésében és a csatolandó dokumentumok listájában, az igénybejelentés ügyfélszolgálatunkra való eljuttatásában kérje TeleCenterünk segítségét a 1433-as telefonszámon!

Az igénybejelentés mellékleteként benyújtandó iratok, dokumentumok

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben	<ul style="list-style-type: none">• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékatadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg• Kiskorú és gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata• A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata• Kedvezményezett aláírásával ellátott nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám), ahová a biztosítási összeg kifizethető• Teljes orvosi dokumentáció: diagnózis és felállításának időpontját igazoló iratok, orvosi leírás, orvosi szakvélemény/lelet, zárójelentés, kórházi igazolás, elszámolási nyilatkozat, korábbi orvosi iratok, műtéti leírás, ambuláns (járóbeteg-ellátási) lap, röntgenlelet, ápolási dokumentáció, teljes kórházi kórlap, szövettani lelet, kontrolleredmények• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none">– A baleset körülményeinek rövid leírása– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés² másolata– Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata
Bármely okú halál esetén	<ul style="list-style-type: none">• Halotti anyakönyvi kivonat másolata• Halottvizsgálati bizonyítvány másolata• Boncjegyzőkönyv másolata, amennyiben rendelkezésre áll• Haláleseti vagy baleset utáni orvosi jelentés másolata
Bármely okú maradandó, legalább 70%-ot elérő egészségkárosodás esetén	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata• Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat másolata• Teljes orvosi dokumentáció

2 A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.