




## NN-Bank360 Csoportos személybiztosítás – Igénybejelentés keresőképtelenség, munkanélküliség 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 kiegészítő biztosításra jelent be igényt?

60 napot meghaladó keresőképtelenség


60 napot meghaladó munkanélküliség

### Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje:  Telefonszáma:

Lakcíme:

Ügyfélaazonosító: 

### Szerződő adatai

Neve:


Telephelye/címe:  Budapest, Andrássy út 10.

Adószáma:

### Baleset esetén a sérülés körülményeinek részletes leírása

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:   Igen<sup>1</sup>  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:  Forint  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:  Kedvezményezett / 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:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
A tanú viselt neve <b>olvashatóan</b> írva:	A tanú viselt neve <b>olvashatóan</b> írva:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
A tanú lakcíme <b>olvashatóan</b> írva:	A tanú lakcíme <b>olvashatóan</b> írva:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> 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](http://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 előterjeszthetők, nem érvényesíthetők, 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.

Tudomással 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 szükségese 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 / 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 / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

## Tájékoztató

- Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító laccímre 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](http://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

	<ul style="list-style-type: none"><li>• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• A gondnokot kirendelő határozat másolata</li></ul>
Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kedvezményezett aláírásával ellátott nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám), ahová a biztosítási összeg kifizethető</li><li>• 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</li><li>• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none"><li>– A baleset körülményeinek rövid leírása</li><li>– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés<sup>2</sup> másolata</li><li>– Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata</li></ul></li></ul>
Bármely okú keresőképtelenség esetén	<ul style="list-style-type: none"><li>• „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolata</li><li>• „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolata</li><li>• Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás a táppénz kifizetés megtörténtéről</li><li>• A keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolata, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését</li><li>• Amennyiben kórházi ápolás is történt, a kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata</li></ul>
Munkanélküliség esetén	<ul style="list-style-type: none"><li>• A biztosítási esemény igazolásához:<ul style="list-style-type: none"><li>– A munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresési járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolata</li><li>– A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló igazolványának másolata</li><li>– A munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről, megszüntetéséről</li><li>– A megszűnt, megszüntetett munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata</li><li>– A munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata</li><li>– Amennyiben a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűnést igazoló okirat másolata</li></ul></li><li>• A havi szolgáltatás teljesítéséhez minden hónapban:<ul style="list-style-type: none"><li>– A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása arról, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig volt regisztrált álláskereső</li></ul></li><li>• A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Kedvezményezettnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás mértékének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse</li></ul>

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.