

Igénybejelentés rokkantság, baleseti rokkantság esetén

Kérjük, a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Szerződésszám

Melyik kiegészítő biztosításra jelent be igényt?

☐ rokkantság

☐ baleseti rokkantság

Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje:

Foglalkozása¹/beosztása¹:

Lakcíme:

Rokkantságot okozó betegség megnevezése:

Szerződő¹ / Egyéb vagy társbiztosított adatai

Neve:

Címe/telephelye¹:

Adószáma¹: Telefonszáma:

Szerződő nyilatkozata¹

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz napon a szerződővel naptól munkaviszonyban állt és a számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint biztosítottnak minősült.

Biztosítotti csoport kódja:

Kelt:

Cégszerű aláírás és pecsét:

A baleset részletei baleseti rokkantság esetén

Baleset helye:

Baleset időpontja:

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

Volt-e rendőri intézkedés?

☐ Igen

☐ Nem

Melyik rendőrhatalóság járt el?

A balesetet követően részesült-e orvosi kezelésben?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor és hol?

¹ Kérjük, ezt a részt abban az esetben szíveskedjen kitölteni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

Kedvezményezett adatai

Neve:			
Anyja neve:		Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	
Születési helye:		Születési ideje:	
Lakcíme:			
Állampolgárság 1.:		Állampolgárság 2.:	
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:		☐ Igen ²	☐ Nem

Kifizetés módja

Alulírott kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megjelölt módon valósuljon meg:

Banki utalás az alábbi számlaszámra:		-		-	
Számlatulajdonos neve:					
Számlavezető pénzintézet megnevezése:					

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 / Egyéb vagy társbiztosított aláírása:	
		Kedvezményezett / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	
		Bejelentést átvevő aláírása ³ :	

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Szerződött partner kódja:		Szerződött partner aláírása:	
---------------------------	--	------------------------------	--

² Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

³ Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen az illetékessel aláírni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az NN Biztosító Zrt. Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) – amelyet letöltöttem a https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn_csopor-tos_biztositasi_adatvedelmi_tajekoztato.pdf linkről – 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 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 / Meghatalmazott / Törvényes képviselő /
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 az életbiztosítási ajánlatom elbírálása, a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, kezelése, állományban tartása, a kockázat elbírálása, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás és a kárrendezés érdekében megismerje és felhasználja.

Kelt:

Biztosított / Meghatalmazott / Törvényes képviselő /
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 Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzatának 1. számú melléklete, valamint a csoportos szerződések Biztosítási Ügyfél-tájékoztatója Általános és Különös Feltételeinek Biztosító teljesítése része tartalmazza.
- A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) részletes szabályokat határoz meg az ügyfél-azonosítási kötelezettség vonatkozásában a pénzügyi szolgáltatók számára. Ezért kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt Ügyfél-azonosítási adatlapok kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni a „Tájékoztató az NN Biztosító Zrt. ügyfél-azonosítási rendjéről” c. dokumentumot, mely elérhető honlapunkon, a www.nn.hu oldalon.
- Az ügyfél-azonosítást az NN Biztosító biztosítási tanácsadója vagy alkalmazottja végezheti el, ezért kérjük, hogy a személyes azonosításhoz keresse fel a lakóhelyéhez közel lévő irodánkat. Elérhetőségeinket megtalálhatja a www.nn.hu internetes oldalunkon.
- 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

Általános	• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány
	• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről
	• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról
	• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó 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
	• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti ügyfél-azonosítás során bemutatott, személyi azonosságot igazoló okmányok (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata
	• 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
Rokkantság, baleseti rokkantság esetén	• Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása, baleset utáni orvosi jelentés, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyen bekövetkezett baleset esetén a Munkahelyi baleset vagy Üzemi baleset jegyzőkönyv másolata, baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata
	• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata
	• Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat másolata

Ügyfél-azonosítási adatlapok

Természetes személy ügyfél részére a 2017. évi LIII. tv. (Pmt.) 7., 8. és 19. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához

Azonosítási adatlap

Kizárólag a szolgáltató töltheti ki

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Állampolgárság(ok):

Születési hely, idő:

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely):

Anyja születési neve:

Azonosító okmány típusa és száma:

☐ Személyazonosító igazolvány

☐ Lakcímigazolvány

☐ Vezetői engedély

☐ Útleve

☐ Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány

☐ Egyéb:

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Az adatokat rögzítette (név):

Kelt:

Adatrögzítő aláírása:

Ügyfél tényleges tulajdonosi és kiemelt közszereplői nyilatkozata

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott

büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

☐ saját nevemben járok el.

☐ meghatalmazottként/képviselőként más – a tényleges tulajdonos – nevében járok el.¹

(Ebben az esetben kérjük a következő oldalon található tényleges tulajdonosra vonatkozó nyilatkozatot kitölteni.)

Amennyiben saját nevemben járok el, kijelentem, hogy

☐ nem minősülök kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősülök a(z)

pont alapján (írja be a 2. oldalon található tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása:

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni az NN Biztosító Zrt.-nek a megadott adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot minden befolyástól mentesen, a valóságnak megfelelően tettem meg.

Kelt:

Ügyfél aláírása:

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:

¹ Amennyiben Ön gyámként, gondnokként vagy meghatalmazottként jár el, jelen nyilatkozata mellé szíveskedjen csatolni a meghatalmazást vagy a képviseleti jogosultságot igazoló határozatot, okiratot – ennek hiányában nem áll módunkban elfogadni a nyilatkozattételt.

Ügyfél nyilatkozata a tényleges tulajdonos személyéről és kiemelt közszereplői minőségéről

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a tényleges tulajdonos az alábbi személy:

Családi és utónév: _____ Születési családi és utónév: _____

Állampolgárság(ok): _____ Születési hely, idő: _____

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely): _____

Nyilatkozom, hogy a fenti személy

- ☐ nem minősül kiemelt közszereplőnek.
- ☐ kiemelt közszereplőnek minősül a(z) _____ pont alapján (írja be a lenti tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása: _____

Kelt: _____

Ügyfél aláírása: _____ Törvényes képviselő / Gondnok aláírása: _____

Tájékoztató

Az ügyfél-azonosítással kapcsolatos információkat elérheti és letöltheti a www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato oldalon.

Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §)

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is.

A kiemelt közszereplő kategóriái:

A

- a) államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár, Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár
- b) országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzetiségi szószóló
- c) politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője
- d) legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítélőtábla, Kúria tagja
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja
- f) nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon: rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon: többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja

B

- a) házastárs
- b) élettárs
- c) vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek
- d) a fentiek házastársa vagy élettársa
- e) vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő

C

- a) kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló
- b) egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre

Ígénybejelentés betegség, műtét, kórházi kezelés esetén

Kérjük, a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Szerződésszám

Melyik kiegészítő biztosításra jelent be igényt?

☐ betegség

☐ műtét

☐ kórházi kezelés

Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje:

Foglalkozása¹/beosztása¹:

Lakcíme:

Szerződő¹ / Egyéb vagy társbiztosított adatai

Neve:

Címe/telephelye¹:

Adószáma¹:

Telefonszáma:

Szerződő nyilatkozata¹

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz napon a szerződéssel naptól munkaviszonyban állt és a számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint biztosítottak minősült.

Biztosított csoport kódja:

Kelt:

Cégszerű aláírás és pecsét:

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

Melyik rendőrhatalóság járt el?

A balesetet követően részesült-e orvosi kezelésben?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor és hol?

¹ Kérjük, ezt a részt abban az esetben szíveskedjen kitölteni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

Kedvezményezett adatai

Neve:			
Anyja neve:		Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	
Születési helye:		Születési ideje:	
Lakcíme:			
Állampolgárság 1.:		Állampolgárság 2.:	
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:		☐ Igen ² ☐ Nem	

Kifizetés módja

Alulírott kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megjelölt módon valósuljon meg:

Banki utalás az alábbi számlaszámra:		-		-	
Számlatulajdonos neve:					
Számlavezető pénzintézet megnevezése:					

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 / Egyéb vagy társbiztosított aláírása:	
		Kedvezményezett / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	
		Bejelentést átvevő aláírása ³ :	

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Szerződött partner kódja:		Szerződött partner aláírása:	
---------------------------	--	------------------------------	--

² Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

³ Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen az illetékessel aláírni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az NN Biztosító Zrt. Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) – amelyet letöltöttem a https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn_csopor-tos_biztositasi_adatvedelmi_tajekoztato.pdf linkről – 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 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 / Meghatalmazott / Törvényes képviselő /
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 az életbiztosítási ajánlatom elbírálása, a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, kezelése, állományban tartása, a kockázat elbírálása, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás és a kárrendezés érdekében megismerje és felhasználja.

Kelt:

Biztosított / Meghatalmazott / Törvényes képviselő /
Gondnok aláírása:

Tájékoztató

- Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító laci címre 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 Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzatának 1. számú melléklete, valamint a csoportos szerződések Biztosítási Ügyfél-tájékoztatója Általános és Különös Feltételeinek Biztosító teljesítése része tartalmazza.

- A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) részletes szabályokat határoz meg az ügyfél-azonosítási kötelezettség vonatkozásában a pénzügyi szolgáltatók számára. Ezért kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt Ügyfél-azonosítási adatlapok kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni a „Tájékoztató az NN Biztosító Zrt. ügyfél-azonosítási rendjéről” c. dokumentumot, mely elérhető honlapunkon, a www.nn.hu oldalon.
- Az ügyfél-azonosítást az NN Biztosító biztosítási tanácsadója vagy alkalmazottja végezheti el, ezért kérjük, hogy a személyes azonosításhoz keresse fel a lakóhelyéhez közel lévő irodánkat. Elérhetőségeinket megtalálhatja a www.nn.hu internetes oldalunkon.
- 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

Általános	• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány
	• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről
	• 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
	• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti ügyfél-azonosítás során bemutatott, személyi azonosságot igazoló okmányok (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata
	• 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
Műtét esetén	• Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása, baleset utáni orvosi jelentés, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyen bekövetkezett baleset esetén a Munkahelyi baleset vagy Üzemi baleset jegyzőkönyv másolata, baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata
	• Eredeti kórházi zárójelentés
	• Műtéti leírás másolata
	• Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja
Kórházi kezelés esetén	• Szövettani eredmény másolata
	• Eredeti kórházi zárójelentés
	• Előzetes igény esetén a megkezdett ápolásról szóló részletes orvosi leírás
Betegség esetén	• Kórrajzkivonat
	• Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata
	• Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG-görbe, a szívenzimértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívultrahang-vizsgálat lelete
	• Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról
	• Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata
	• Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízisosztály jelentése a legalább 60 napja fennálló dialíziskezelésről
	• Koszorúérműtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia)
Medicina Assistance kártya esetén	• Medicina Egészségpénztár által kiállított eredeti igazolás, melyben igazolja, hogy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában jogosult volt a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira

Ügyfél-azonosítási adatlapok

Természetes személy ügyfél részére a 2017. évi LIII. tv. (Pmt.) 7., 8. és 19. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához

Azonosítási adatlap

Kizárólag a szolgáltató töltheti ki

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Állampolgárság(ok):

Születési hely, idő:

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely):

Anyja születési neve:

Azonosító okmány típusa és száma:

☐ Személyazonosító igazolvány

☐ Lakcímigazolvány

☐ Vezetői engedély

☐ Útleve

☐ Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány

☐ Egyéb:

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Az adatokat rögzítette (név):

Kelt:

Adatrögzítő aláírása:

Ügyfél tényleges tulajdonosi és kiemelt közszereplői nyilatkozata

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott

büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

☐ saját nevemben járok el.

☐ meghatalmazottként/képviselőként más – a tényleges tulajdonos – nevében járok el.¹

(Ebben az esetben kérjük a következő oldalon található tényleges tulajdonosra vonatkozó nyilatkozatot kitölteni.)

Amennyiben saját nevemben járok el, kijelentem, hogy

☐ nem minősülök kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősülök a(z)

pont alapján (írja be a 2. oldalon található tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása:

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni az NN Biztosító Zrt.-nek a megadott adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot minden befolyástól mentesen, a valóságnak megfelelően tettem meg.

Kelt:

Ügyfél aláírása:

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:

¹ Amennyiben Ön gyámként, gondnokként vagy meghatalmazottként jár el, jelen nyilatkozata mellé szíveskedjen csatolni a meghatalmazást vagy a képviseleti jogosultságot igazoló határozatot, okiratot – ennek hiányában nem áll módunkban elfogadni a nyilatkozattételt.

Ügyfél nyilatkozata a tényleges tulajdonos személyéről és kiemelt közszereplői minőségéről

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a tényleges tulajdonos az alábbi személy:

Családi és utónév: _____

Születési családi és utónév: _____

Állampolgárság(ok): _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely): _____

Nyilatkozom, hogy a fenti személy

☐ nem minősül kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősül a(z) _____ pont alapján (írja be a lenti tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása: _____

Kelt: _____

Ügyfél aláírása: _____

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása: _____

Tájékoztató

Az ügyfél-azonosítással kapcsolatos információkat elérheti és letöltheti a www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato oldalon.

Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §)

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is.

A kiemelt közszereplő kategóriái:

A

- a) államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár, Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár
- b) országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzetiségi szószóló
- c) politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője
- d) legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítélőtábla, Kúria tagja
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja
- f) nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon: rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon: többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja

B

- a) házastárs
- b) élettárs
- c) vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek
- d) a fentiek házastársa vagy élettársa
- e) vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő

C

- a) kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló
- b) egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre

Igénybejelentés halál, baleseti halál esetén

Kérjük, a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsse ki.

Szerződésszám

Biztosított (Házastárs¹) adatai

Neve:
Születési ideje: Foglalkozása¹/beosztása¹:
Lakcíme:

Szerződő adatai¹

Neve:
Címe/telephelye¹:
Adószáma¹: Telefonszáma:

Szerződő nyilatkozata¹

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz napon a szerződővel naptól munkaviszonyban állt és a számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint biztosítottnak minősült.

Biztosított csoport kódja:

Kelt: Cégszerű aláírás és pecsét:

Bejelentő adatai

Neve:
Telefonszáma:
Lakcíme:

Kelt: Igényt bejelentő aláírása:
Bejelentést átvevő aláírása²:

¹ Kérjük, ezt a részt abban az esetben szíveskedjen kitölteni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

² Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen az illetékeskel aláírni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

Kedvezményezett adatai

Neve:			
Anyja neve:		Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	
Születési helye:		Születési ideje:	
Lakcíme:			
Állampolgárság 1.:		Állampolgárság 2.:	
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:	☐ Igen ³ ☐ Nem		

Kifizetés módja

Alulírott kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megjelölt módon valósuljon meg:

Banki utalás az alábbi számlaszámra:		-		-	
Számlatulajdonos neve:					
Számlavezető pénzintézet megnevezése:					

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:	
		Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:	

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő Kedvezményezett(ek)⁴ személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Szerződött partner kódja:		Szerződött partner 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 Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzatának 1. számú melléklete, valamint a csoportos szerződések Biztosítási Ügyfél-tájékoztatója Általános és Különös Feltételeinek Biztosító teljesítése része tartalmazza.
- A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) részletes szabályokat határoz meg az ügyfél-azonosítási kötelezettség vonatkozásában a pénzügyi szolgáltatók számára. Ezért kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt Ügyfél-azonosítási adatlapok kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni a „Tájékoztató az NN Biztosító Zrt. ügyfél-azonosítási rendjéről” c. dokumentumot, mely elérhető honlapunkon, a www.nn.hu oldalon.
- Az ügyfél-azonosítást az NN Biztosító biztosítási tanácsadója vagy alkalmazottja végezheti el, ezért kérjük, hogy a személyes azonosításhoz keresse fel a lakóhelyéhez közel lévő irodánkat. Elérhetőségeinket megtalálhatja a www.nn.hu internetes oldalunkon.
- Az igénybejelentő nyomtatvány kitöltésében és a csatolandó dokumentumok listájában, az igénybejelentés ügyfélszolgálatunkra való eljuttatásában kérje TeleCenterünk segítségét a 1433-as telefonszámon!

³ Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató másodikként megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

⁴ Több Kedvezményezett esetén mindenki azonosítását el kell végezni.

Általános	• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány
	• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről
	• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
	• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról
Általános	• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékátadó 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
Általános	• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti ügyfél-azonosítás során bemutatott, személyi azonosságot igazoló okmányok (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata
	• 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: a baleset körülményeinek rövid leírása, baleset utáni orvosi jelentés, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyen bekövetkezett baleset esetén a Munkahelyi baleset vagy Üzemi baleset jegyzőkönyv másolata, baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata
Halál és baleseti halál esetén	• Halotti anyakönyvi kivonat másolata
	• Halottvizsgálati bizonyítvány másolata
	• Boncjegyzőkönyv másolata
	• Haláleset vagy baleset utáni orvosi jelentés (Biztosító nyomtatványa)
Medicina Assistance kártya esetén	• Medicina Egészségpénztár által kiállított eredeti igazolás, melyben igazolja, hogy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában jogosult volt a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira

Ügyfél-azonosítási adatlapok

Természetes személy ügyfél részére a 2017. évi LIII. tv. (Pmt.) 7., 8. és 19. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához

Azonosítási adatlap

Kizárólag a szolgáltató töltheti ki

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Állampolgárság(ok):

Születési hely, idő:

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely):

Anyja születési neve:

Azonosító okmány típusa és száma:

☐ Személyazonosító igazolvány

☐ Lakcímigazolvány

☐ Vezetői engedély

☐ Útleve

☐ Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány

☐ Egyéb:

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Az adatokat rögzítette (név):

Kelt:

Adatrögzítő aláírása:

Ügyfél tényleges tulajdonosi és kiemelt közszereplői nyilatkozata

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott

büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

☐ saját nevemben járok el.

☐ meghatalmazottként/képviselőként más – a tényleges tulajdonos – nevében járok el.¹

(Ebben az esetben kérjük a következő oldalon található tényleges tulajdonosra vonatkozó nyilatkozatot kitölteni.)

Amennyiben saját nevemben járok el, kijelentem, hogy

☐ nem minősülök kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősülök a(z)

pont alapján (írja be a 2. oldalon található tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása:

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni az NN Biztosító Zrt.-nek a megadott adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot minden befolyástól mentesen, a valóságnak megfelelően tettem meg.

Kelt:

Ügyfél aláírása:

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:

¹ Amennyiben Ön gyámként, gondnokként vagy meghatalmazottként jár el, jelen nyilatkozata mellé szíveskedjen csatolni a meghatalmazást vagy a képviseleti jogosultságot igazoló határozatot, okiratot – ennek hiányában nem áll módunkban elfogadni a nyilatkozattételt.

Ügyfél nyilatkozata a tényleges tulajdonos személyéről és kiemelt közszereplői minőségéről

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a tényleges tulajdonos az alábbi személy:

Családi és utónév: _____

Születési családi és utónév: _____

Állampolgárság(ok): _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely): _____

Nyilatkozom, hogy a fenti személy

☐ nem minősül kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősül a(z) _____ pont alapján (írja be a lenti tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása: _____

Kelt: _____

Ügyfél aláírása: _____

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása: _____

Tájékoztató

Az ügyfél-azonosítással kapcsolatos információkat elérheti és letöltheti a www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato oldalon.

Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §)

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is.

A kiemelt közszereplő kategóriái:

A

- a) államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár, Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár
- b) országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzetiségi szószóló
- c) politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője
- d) legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítélőtábla, Kúria tagja
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja
- f) nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon: rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon: többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja

B

- a) házastárs
- b) élettárs
- c) vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek
- d) a fentiek házastársa vagy élettársa
- e) vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő

C

- a) kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló
- b) egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre

Igénybejelentés baleseti keresőképtelenség, csonttörés esetén

Kérjük, a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Szerződésszám

Melyik kiegészítő biztosításra jelent be igényt?

☐ baleseti keresőképtelenség

☐ csonttörés

Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje: Foglalkozása¹/beosztása¹:

Lakcíme:

Szerződő¹ / Egyéb vagy társbiztosított adatai

Neve:

Címe/telephelye¹:

Adószáma¹: Telefonszáma:

Szerződő nyilatkozata¹

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz napon a szerződéssel naptól munkaviszonyban állt és a számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint biztosítottnak minősült.

Biztosított csoport kódja:

Kelt: Cégszerű aláírás és pecsét:

Baleset esetén a részletek

Baleset helye:

Baleset időpontja:

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

Volt-e rendőri intézkedés? ☐ Igen ☐ Nem

Melyik rendőrhatalóság járt el?

A balesetet követően részesült-e orvosi kezelésben? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, mikor és hol?

¹ Kérjük, ezt a részt abban az esetben szíveskedjen kitölteni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

Kedvezményezett adatai

Neve:			
Anyja neve:		Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	
Születési helye:		Születési ideje:	
Lakcíme:			
Állampolgárság 1.:		Állampolgárság 2.:	
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel: ☐ Igen ² ☐ Nem			

Kifizetés módja

Alulírott kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megjelölt módon valósuljon meg:

Banki utalás az alábbi számlaszámra:		-		-	
Számlatulajdonos neve:					
Számlavezető pénzintézet megnevezése:					

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 / Egyéb vagy társbiztosított aláírása:	
		Kedvezményezett / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	
		Bejelentést átvevő aláírása ³ :	

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Szerződött partner kódja:		Szerződött partner aláírása:	
---------------------------	--	------------------------------	--

² Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

³ Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen aláírni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az NN Biztosító Zrt. Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) – amelyet letöltöttem a https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn_csopor-tos_biztositasi_adatvedelmi_tajekoztato.pdf linkről – 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 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 / Meghatalmazott / Törvényes képviselő / 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 az életbiztosítási ajánlatom elbírálása, a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, kezelése, állományban tartása, a kockázat elbírálása, a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás és a kárrendezés érdekében megismerje és felhasználja.

Kelt:

Biztosított / Meghatalmazott / Törvényes képviselő / 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 Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzatának 1. számú melléklete, valamint a csoportos szerződések Biztosítási Ügyfél-tájékoztatója Általános és Különös Feltételeinek Biztosító teljesítése része tartalmazza.
- A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) részletes szabályokat határoz meg az ügyfél-azonosítási kötelezettség vonatkozásában a pénzügyi szolgáltatók számára. Ezért kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt Ügyfél-azonosítási adatlapok kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni a „Tájékoztató az NN Biztosító Zrt. ügyfél-azonosítási rendjéről” c. dokumentumot, mely elérhető honlapunkon, a www.nn.hu oldalon.
- Az ügyfél-azonosítást az NN Biztosító biztosítási tanácsadója vagy alkalmazottja végezheti el, ezért kérjük, hogy a személyes azonosításhoz keresse fel a lakóhelyéhez közel lévő irodánkat. Elérhetőségeinket megtalálhatja a www.nn.hu internetes oldalunkon.
- 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

Általános	• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány
	• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről
	• 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
	• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti ügyfél-azonosítás során bemutatott, személyi azonosságot igazoló okmányok (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és lakcímkártya) másolata
	• 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
Keresőképtelenség esetén	• Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása, baleset utáni orvosi jelentés, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyen bekövetkezett baleset esetén a Munkahelyi baleset vagy Üzemi baleset jegyzőkönyv másolata, baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata
	• Orvosi igazolás másolata (táppénzes lap) a keresőképtelen állományba vételéről
	• Orvosi igazolás másolata (táppénzes lap) a keresőképtelenség meghosszabbításáról
Csonttörés esetén	• A Szerződő nyilatkozata arról, hogy a Biztosított a keresőképtelenség ideje alatt munkát nem végzett
	• Röntgenlelet másolata

Ügyfél-azonosítási adatlapok

Természetes személy ügyfél részére a 2017. évi LIII. tv. (Pmt.) 7., 8. és 19. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához

Azonosítási adatlap

Kizárólag a szolgáltató töltheti ki

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Állampolgárság(ok):

Születési hely, idő:

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely):

Anyja születési neve:

Azonosító okmány típusa és száma:

☐ Személyazonosító igazolvány

☐ Lakcímigazolvány

☐ Vezetői engedély

☐ Útleve

☐ Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány

☐ Egyéb:

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Az adatokat rögzítette (név):

Kelt:

Adatrögzítő aláírása:

Ügyfél tényleges tulajdonosi és kiemelt közszereplői nyilatkozata

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott

büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

☐ saját nevemben járok el.

☐ meghatalmazottként/képviselőként más – a tényleges tulajdonos – nevében járok el.¹

(Ebben az esetben kérjük a következő oldalon található tényleges tulajdonosra vonatkozó nyilatkozatot kitölteni.)

Amennyiben saját nevemben járok el, kijelentem, hogy

☐ nem minősülök kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősülök a(z) _____ pont alapján (írja be a 2. oldalon található tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása:

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni az NN Biztosító Zrt.-nek a megadott adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot minden befolyástól mentesen, a valóságnak megfelelően tettem meg.

Kelt:

Ügyfél aláírása:

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:

¹ Amennyiben Ön gyámként, gondnokként vagy meghatalmazottként jár el, jelen nyilatkozata mellé szíveskedjen csatolni a meghatalmazást vagy a képviseleti jogosultságot igazoló határozatot, okiratot – ennek hiányában nem áll módunkban elfogadni a nyilatkozattételt.

Ügyfél nyilatkozata a tényleges tulajdonos személyéről és kiemelt közszereplői minőségéről

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a tényleges tulajdonos az alábbi személy:

Családi és utónév: _____

Születési családi és utónév: _____

Állampolgárság(ok): _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely): _____

Nyilatkozom, hogy a fenti személy

☐ nem minősül kiemelt közszereplőnek.

☐ kiemelt közszereplőnek minősül a(z) _____ pont alapján (írja be a lenti tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása: _____

Kelt: _____

Ügyfél aláírása: _____

Törvényes képviselő / Gondnok aláírása: _____

Tájékoztató

Az ügyfél-azonosítással kapcsolatos információkat elérheti és letöltheti a www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato oldalon.

Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §)

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is.

A kiemelt közszereplő kategóriái:

A

- a) államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár, Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár
- b) országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzetiségi szószóló
- c) politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője
- d) legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítélőtábla, Kúria tagja
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja
- f) nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon: rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon: többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja

B

- a) házastárs
- b) élettárs
- c) vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek
- d) a fentiek házastársa vagy élettársa
- e) vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő

C

- a) kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló
- b) egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre

Orvosi jelentés haláleset esetén

(nem balesetből származó halál esetén)

Kérjük a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni.

Szerződés szám: _____

Biztosított adatai

Neve: _____

Születési ideje: _____

Lakcíme: _____

A kezelőorvos (házi orvos, kórházi kezelőorvos) tölti ki a betegkarton, halottvizsgálati bizonyítvány, illetőleg boncjegyzőkönyv alapján.

Mióta volt kezelőorvosa az elhunytak? (év/hó) _____

Mikor és milyen betegségek szerepeltek az elhunyt kórelőzményében?

Az elmúlt öt évben történt-e kórházi kezelés? Ha igen, kérjük a kórház, ápolási idő és a diagnózis megadását.

Halál alapjául szolgáló betegség megnevezése: _____

A diagnózis felállításának időpontja: _____

Kezelőorvos/Házi orvos adatai

Neve: _____

Kórház/Házi orvosi rendelő címe: _____

Kelt: _____

P.H.

Kezelőorvos/Házi orvos aláírása:

Orvosi jelentés baleset esetén

(balesetből származó rokkantság, illetve baleseti halál esetén)

Kérjük a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni.

Szerződés szám: _____

Biztosított adatai

Neve: _____

Születési ideje: _____

Lakcíme: _____

A kezelőorvos (házi orvos, kórházi kezelőorvos) tölti ki a betegkarton, halottvizsgálati bizonyítvány, illetőleg boncjegyzőkönyv alapján.

Volt-e rendőri intézkedés?

☐ Igen

☐ Nem

Melyik rendőrhatalóság járt el? _____

Történt-e véralkoholszint-vizsgálat?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, kérjük annak eredményét. _____

Történt-e orvosi ellátás? Ha igen, kérjük, ennek dokumentációját csatolja, és írja le, mikor és hol történt az orvosi ellátás.

A jelenleg sérült testrész ezt megelőzően volt-e betegség vagy baleset miatt károsodott?

☐ Igen

☐ Nem

Amennyiben igen, akkor kérjük, ennek dokumentációját csatolja.

Amennyiben maradandó egészségkárosodás miatt orvosszakértői bizottság előtt vizsgálat történt, kérjük megjelölni a vizsgálat pontos helyét és idejét.

Kezelőorvos/Házi orvos adatai

Neve: _____

Kórház/Házi orvosi rendelő címe: _____

Kelt: _____

P.H.

Kezelőorvos/Házi orvos aláírása: _____