



ERSTE Jövedelempótló csoportos biztosítás – Igénybejelentés keresőképtelenség, munkanélküliség esetén

A biztosítási eseményt 15 napon belül kell bejelenteni a következő címen: NN Biztosító Zrt.

Biztosítási Szolgáltatások

1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8.

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?

bármely okú, 60 napot meghaladó keresőképtelenség

60 napot meghaladó munkanélküliség

Biztosított / Kedvezményezett adatai

Neve:

Születési ideje:

Telefonszáma:

Lakcíme:

E-mail címe:

Ügyfélszám:

Állampolgárság 1.:

Állampolgárság 2.:

Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:

Igen¹

Nem

Biztosítási szerződés adatai

Szerződő neve:

Szerződő székhelye:

Biztosítási eseményre vonatkozó adatok

Munkáltató neve:

Munkáltató címe:

Munkaviszony kezdete:

Munkaviszony tartama: határozott

határozatlan

Munkaviszony típusa: munkaerő-kölcsönzés keretein belül történő foglalkoztatás

egyéb

Heti munkaidő: heti 30 óránál kevesebb

heti 30 óra vagy több

A Biztosított vagy hozzátartozója a munkáltatói jogok gyakorlója vagy az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalatvezetési befolyással rendelkezik?

Igen

Nem

Tájékoztatjuk, hogy a csoportos biztosítás minden fedezete tekintetében a Biztosított jogosult a biztosítási szolgáltatásra.

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

Keresőképtelenség esetén

Keresőképtelenség első napja:

Keresőképtelenség oka: betegség baleset

Munkaviszony megszűnése esetén

Munkaviszonya próbaidő alatt került megszüntetésre? Igen Nem

Munkaviszony megszűnésének/megszüntetésének időpontja (felmondólevélben, megállapodásban, nyilatkozatban megjelölt dátum):

Megszűnés oka:

Felmondólevél átvételének időpontja:

Mikor regisztráltatta magát a munkaügyi központban?

Munkaügyi központ neve:

Munkaügyi központ címe:

Munkaügyi központ telefonszáma:

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! A kifizetést a Biztosító minden esetben a szerződés pénznemében indítja.**

Bankszámla típusa: Forint Deviza

IBAN-számlaszám:

SWIFT-kód: Közlemény:

Számlatulajdonos neve:

Számlavezető pénzintézet megnevezése:

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a biztosítási szerződés alapján a Biztosító szolgáltatása során forintról devizára vagy devizáról forintra történik átváltás, ez árfolyamkockázattal jár, mely árfolyamkockázat 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 / Kedvezményezett / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

Bejelentő 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:

A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az ERSTE Jövedelempótló csoportos biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei mellékletét képező Adatkezelési tájékoztató ERSTE Jövedelempótló csoportos biztosítás elnevezésű dokumentumot (a továbbiakban „Adatkezelési tájékoztató”) – melyet átvettem, és elérhető a <https://www.erstebank.hu> oldalon is – elolvastam és tartalmát megértettem.

A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően megismert részletes Adatkezelési 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 Adatkezelési 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 Adatkezelési 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 Adatkezelési 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 Adatkezelési 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 csoportos biztosítás minden fedezete tekintetében a Biztosított jogosult a biztosítási szolgáltatásra.
- Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító laccímre történő utalást nem teljesít.
- A kifizetést a Biztosító a szerződés devizanemében teljesíti. Ha a nyomtatványon megadott bankszámla devizaneme ettől eltér, akkor az átváltást a bankszámla-tulajdonos számlavezető bankja hajtja végre az általa meghatározott árfolyamon. A konverzióból adódó esetleges költségek a bankszámla tulajdonosát terhelik.
- 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 ERSTE Jövedelmpótló csoportos 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, kitöltött, a Biztosított által aláírt igénybejelentő nyomtatvány• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
Bármely okú keresőképtelenség esetén	<ul style="list-style-type: none">• 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 másolatai• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none">– A baleset körülményeinek rövid leírása– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata– Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata• „Orvosi igazolás keresőképtelen állományról” elnevezésű nyomtatvány másolata• A területileg illetékes kormányhivatal által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás másolata a táppénz kifizetés megtörténtéről• 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• Ha kórházi ápolás is történt, a kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata
Munkanélküliség esetén	<ul style="list-style-type: none">• A munkáltató által kitöltött „Foglalkoztatási igazolás” elnevezésű nyomtatvány másolata• A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolás másolata arról, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig volt regisztrált álláskereső• A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló igazolványának másolata• A munkáltató által kitöltött igazolás másolata a munkaviszony megszűnéséről, megszüntetéséről• A megszűnt, megszüntetett munkaviszonyra vonatkozó legutolsó munkaszerződés másolata• A munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata• Ha a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűnést igazoló okirat másolata• A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Bejelentőnek joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse