

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

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:

Baleset körülményeinek leírása

Baleset helye: 

Baleset időpontja:

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

Volt-e rendőri intézkedés?³

Igen

Nem

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el?

Munkahelyi baleset történt-e?⁴

Igen

Nem

Munkahelyi baleset esetén készült-e Munkabaleseti jegyzőkönyv?

Igen

Nem

Ha nem készült, miért nem?

³ Amennyiben rendőri intézkedés történt, kérjük a vizsgálatot lezáró Határozat másolata vagy a Rendőrségi jegyzőkönyv másolata beküldését.

⁴ Munkahelyi baleset esetén kérjük a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolatának beküldését.

Kedvezményezett adatai (azonos a Biztosítottal)

Az Alapszolgáltatás kedvezményezettje a Raiffeisen Bank Zrt. Az Extra szolgáltatás kedvezményezettje a Biztosított.

Neve: ?	<input type="text"/>		
Anyja neve:	<input type="text"/>	Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	<input type="text"/>
E-mail címe: ?	<input type="text"/>	Születési ideje:	<input type="text"/>
Lakcíme:	<input type="text"/>		
Állampolgárság 1.:	<input type="text"/>	Állampolgárság 2.:	<input type="text"/>
Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel: ?	<input type="radio"/> Igen ⁵	<input type="radio"/> Nem	

Kifizetés módja

Alulírott 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:	<input type="radio"/> Forint	<input type="radio"/> Deviza	
IBAN-számlaszám:	<input type="text"/>		
SWIFT-kód:	<input type="text"/>	Közlemény:	<input type="text"/>
Számlatulajdonos neve: ?	<input type="text"/>		
Számlavezető pénzintézet megnevezése:	<input type="text"/>		

Tudomásul veszem, hogy az NN Biztosító Zrt. az utalást forintban indítja el, a forintos összeget az eltérő devizában vezetett bankszámla megadása esetén az NN Biztosító Zrt. számlavezető bankja a teljesítés napján érvényes deviza eladási árfolyamon a megjelölt devizára váltja át, és utalja a megadott bankszámlára, 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:	<input type="text"/>	Biztosított / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	<input type="text"/>
-------	----------------------	--	----------------------

Tanúk

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

A tanú saját kezű aláírása:	<input type="text"/>	A tanú saját kezű aláírása:	<input type="text"/>
A tanú viselt neve olvashatóan írva:	<input type="text"/>	A tanú viselt neve olvashatóan írva:	<input type="text"/>
A tanú lakcíme olvashatóan írva:	<input type="text"/>	A tanú lakcíme olvashatóan írva:	<input type="text"/>

⁵ 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 a Raiffeisen Extra Személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti csoportos biztosítási szerződéshez tartozó adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban „Adatkezelési tájékoztató”) – melyet átvettem, és elérhető a <https://www.raiffeisen.hu/maganszemely/biztositas/hitelfedezeti-vedelem/szemelyi-kolcson-hitelfedezeti-vedelem> oldalon – 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.

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 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. Továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a személyes adataimat, beleértve az egészségügyi adataimat is, átadja az Adatkezelési tájékoztatóban meghatározott viszontbiztosító(k) részére a viszontbiztosítási kockázat felmérése, fenntartása és a szolgáltatás iránti igény elbírálása céljából.

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 biztosítás kedvezményezettje az Alapszolgáltatás tekintetében a Raiffeisen Bank Zrt., az Extra szolgáltatások tekintetében a Biztosított.
- 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 a Raiffeisen Extra Személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti 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, 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 gondnokot kirendelő határozat 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 másolatai• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none">– A baleset körülményeinek rövid leírása– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés⁶ másolata– Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata
Bármely okú keresőképtelenség esetén	<ul style="list-style-type: none">• „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• Amennyiben kórházi ápolás is történt, a kórházi zárójelentés, illetve egyéb kórházi dokumentumok másolata
Munkanélküliség esetén	<ul style="list-style-type: none">• A biztosítási esemény igazolásához:<ul style="list-style-type: none">– A munkáltató által kitöltött „Foglalkoztatási igazolás” elnevezésű nyomtatvány másolata– 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– Amennyiben a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűntést igazoló okirat másolata• A havi szolgáltatás teljesítéséhez minden hónapban:<ul style="list-style-type: none">– A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolás másolata arról, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időponttól mely időpontig volt regisztrált álláskereső• A felsorolt okiratokon kívül a Biztosítottnak/Bejelentőnek 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

⁶ 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.