



Raiffeisen Jövedelempótló csoportos biztosítás – 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?

☐ bármely okú, 60 napot meghaladó keresőképtelenség

☐ 60 napot meghaladó munkanélküliség

Biztosított / Kedvezményezett adatai

Neve: 
Születési ideje:
Telefonszáma:
Lakcíme:
E-mail címe: 
Törzsszám: 
Állampolgárság 1.: Állampolgárság 2.:

Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:  ☐ Igen ¹ ☐ Nem

Biztosítási szerződés adatai

Szerződő neve:
Szerződő székhelye: Budapest, Váci út 116–118.
Szerződő adószáma:

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!

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 átváltssa. Tudomásul veszem, hogy az átváltás árfolyamkockázattal jár, amely engem terhel.

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

Kelt:

Biztosított / 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 a Raiffeisen Jövedelempótló csoportos biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei 24. pontjában szereplő adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban „Adatkezelési tájékoztató”) – melyet átvettem, és elérhető a <https://www.raiffeisen.hu> 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 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 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:

- Tájékoztatjuk, hogy a csoportos biztosítás minden fedezete tekintetében a Biztosított jogosult a biztosítási szolgáltatásra.
- 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-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 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	• A Biztosító által rendszeresített, kitöltött, a Biztosított által aláírt igénybejelentő nyomtatvány • Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása
Bármely okú keresőképtelenség esetén	• 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 – Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata – Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata • „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolata • Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által vagy társadalombiztosítási kifizetőhely által kiadott igazolás 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	• A munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresői járadék megállapításához” 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 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