




Raiffeisen Személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti 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?

60 napot meghaladó
keresőképtelenség

60 napot meghaladó
munkanélküliség

Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje: Telefonszáma:

Lakcíme:

E-mail címe:

Törzsszám:

Kölcsönszerződésre vonatkozó adatok

Kölcsönszerződés száma:

Biztosított szerepe a kölcsönszerződésben: Adós Adóstárs

Biztosítási szerződés adatai


Szerződő neve:

Szerződő székhelye: Budapest, Váci út 116–118.

Szerződő adószáma:

Bejelentő adatai (amennyiben nem azonos a Biztosítottal)

Neve:

Anyja neve: Telefonszáma 
(napközbeni elérhetőség):

Lakcíme:

E-mail címe: Születési ideje:

Állampolgárság 1.: Állampolgárság 2.:

Tájékoztatjuk, hogy a biztosítás kedvezményezettje a Raiffeisen Bank Zrt., ezért a Biztosító sem a Biztosított, sem a Bejelentő részére kifizetést nem teljesít.

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: _____

Kelt: _____ Biztosított / 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 Személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti csoportos biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei 26. pontjában szereplő adatkezelési tájékoztatót (a továbbiakban „Adatkezelési tájékoztató”) – melyet átvettem, és elérhető a <https://www.raiffeisen.hu/-/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.

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 a Raiffeisen Bank Zrt., ezért a Biztosító sem a Biztosított, sem a Bejelentő részére kifizetést nem teljesít.
- A Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatási összeg megállapításához kérhető okiratok és dokumentumok listáját a Raiffeisen 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• Baleset, közlekedési baleset esetén:<ul style="list-style-type: none">– A baleset körülményeinek rövid leírása– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés² 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• 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• 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 „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 megszünt, megszüntetett munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolata– A munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat másolata– Amennyiben a munkáltató jogutód nélkül szűnt meg, a megszűnést igazoló okirat másolata• A havi szolgáltatás teljesítéséhez minden hónapban:<ul style="list-style-type: none">– A munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolása 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

² A szolgáltatási igény elbírálásához a büntetőeljárásban vagy a szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozatot csak abban az esetben kéri be a Biztosító, ha az a szolgáltatási igény bejelentésekor már rendelkezésre áll.