



Egyszerűsített egészségi nyilatkozat

A nyilatkozatot szíveskedjen egyszínű tollal / egy tollal kitölteni!

Jelen egészségi nyilatkozat a _____

Szerződő cég által megtett kiemelt csoportos biztosítási ajánlat részét képezi.

Biztosított neve: _____

Születési dátuma: _____

A biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított, mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az NN Biztosító Zrt. Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) a Szerződőtől átvettem, elolvastam és tartalmát megértettem. A Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztató elérhető a <https://www.nn.hu/adatvedelmi-szabalyzat> oldalon letölthető Adatvédelmi szabályzat Biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelés fejezeténél is.

A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően megismert és átvett 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 birtokában és ismeretében, az abban megadott tájékoztatáson alapuló alábbi konkrét adatkezelési nyilatkozatokat és hozzájárulásokat teszem.

Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás elmaradásának következménye az, hogy a biztosítási szerződés nem kerül megkötésre, vagy a biztosító nem tud a biztosítási szerződés szerint szolgáltatni és /vagy a biztosítási szerződés megszűnik; a jogi igények nem előterjeszthetőek, nem érvényesíthetőek, illetve a jogi igények védelme sérül.

A kezelt adatok köre:

- a biztosítási szerződés megkötéséhez, továbbá a kockázat Biztosító általi megítéléséhez szükséges adatok, amelyeket a biztosítási ajánlat, illetve a részét képező egészségügyi igényfelmérés, a személyes orvosi vizsgálat, továbbá az érintettől készült egyéb egészségügyi dokumentáció tartalmaz;
- 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

- a személyes adatok kezelését előíró, az adatkezelőre alkalmazandó jog szerinti kötelezettség teljesítése céljából;
- jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez szükséges, illetve
- 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 szükségese 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 állapottommal 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 ajánlat érintett általi megtétele, az érintettet terhelő közlési- és változás-bejelentési kötelezettség teljesítése, a biztosítási kockázat Biztosító általi megítélése, biztosítási szerződés megkötése/létrejötté, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de maximum a biztosítási szerződés megszűnését (létre nem jött biztosítási szerződés esetén az ajánlat elutasítását) követő 10 évig az Adatvédelmi tájékoztatóban meghatározottak szerint kezelje.

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

Kelt:

Biztosított/Meghatalmazott/
Törvényes képviselő/Gondnok aláírása:

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. házi orvos, 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:

Fontos információ

Minél több információt szolgáltat egészségi állapotáról, illetve a korábbi kezelésekről, beavatkozásokról, annál hatékonyabb lehet az elbírálás folyamata, és annál megalapozottabb döntés születik. Felhívjuk figyelmét arra is, hogy az irányadó jogszabály szerint Önt közzéadási kötelezettség terheli, amelynek a biztosítási ajánlatban és a jelen egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre teljes körűen és hiánytalanul, a valóságnak megfelelően megadott válaszaival, valamint az itt meghatározott dokumentumok becsatolásával tesz eleget. Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a valótlan adatok közzéadása, betegségek elhallgatásának a biztosítási szolgáltatásra, illetve a biztosítási szerződésre kiható hatása lehet, így például a Biztosító mentesülését vonhatja maga után. Ez esetben a Biztosító nem köteles a biztosítási összeget kifizetni.

Egyszerűsített egészségi nyilatkozat

1. Van-e veleszületett, örökletes vagy szerzett (kezeletlen, jelenleg vizsgálat alatt lévő, vagy már kezelt) betegsége? Igen Nem
2. Állapítottak-e meg Önnél munkaképesség csökkenést, össz-szervezeti egészségkárosodást, testi fogyatékoságot, rokkantságot, esetleg ilyen irányú kérelme folyamatban van-e? Igen Nem
3. Az elmúlt 2 évben állt-e, áll-e orvosi vagy egyéb gyógyászati kezelés, kontroll alatt betegséggel vagy balesettel kapcsolatban? Igen Nem
4. Szed-e gyógyszert? Igen Nem
5. Jelenleg 14 napot meghaladó táppénzes állományban van-e? Igen Nem

Amennyiben bármelyik kérdésre igennel felel, akkor kérjük a teljes egészségi nyilatkozat kitöltését!

Alulírott kijelentem, hogy az egészségi nyilatkozatban adott válaszaim a valóságnak megfelelnek.

Kelt:

Biztosított/Meghatalmazott/
Törvényes képviselő/Gondnok aláírása:



Nyilatkozat az elektronikus kommunikációról csoportos biztosítás biztosítottjai részére

Alulírott: _____

Születési helye: _____

Születés ideje: _____

Anyja neve: _____

A Szerződő cég neve: _____

az NN Biztosító Zrt.-vel (továbbiakban :Biztosító) folytatott papírmentes kommunikáció érdekében, valamint az alábbiakban részletezett célokból önkéntesen és tájékozottan az alábbi nyilatkozatokat teszem, és az alábbi kötelezettségeket vállalom:

- 1.1. Kérem, hogy a Biztosító a velem való kapcsolattartás során, kifejezetten az általam választott tájékoztatási módot alkalmazva, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció (továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció) igénybevételével járjon el, tekintettel arra, hogy a tájékoztatás és a kapcsolattartás szempontjából ez a mód számomra megfelelő. Minden olyan esetben, amikor erre a rendelkezésre álló technikai lehetőségek és folyamatok adottak, a Biztosító elektronikus kommunikáció útján küldje meg részemre az információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat, ideértve azokat is, amelyeket a vonatkozó jogszabályok, hatósági követelmények, illetve a Biztosítóval kötött biztosítási szerződésre irányadó szerződési feltételek írnak elő. Az elektronikus kommunikációt a Biztosító díjmentesen nyújtja.
- 1.2. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatom általános jellegű, azaz az elektronikus kommunikáció kiterjed különösen, de nem kizárólagosan, a Szerződő által a Biztosítóval megkötendő, illetve létrejött csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában
 - i) az egészségügyi kockázatbírálás során felmerült hiánypótlási igénnyel,
 - ii) szolgáltatás iránti igénnyel kapcsolatos kommunikációra.
- 1.3. Tudomásul veszem, hogy elektronikus útnak minősül a jelen dokumentumban megadott e-mail címre megküldött elektronikus kommunikáció.
- 1.4. Kijelentem és aláírással megerősítem, hogy:
 - i) ismerem és használom az internetet, rendszeres internet-hozzáférésem van, tisztában vagyok az e-mail, mint kommunikációs csatorna biztonsági fokozatával, vállalom, hogy rendszeresen ellenőrzöm, a Biztosító által küldött dokumentumokat megismerem;
 - ii) tudomással bírok arról, hogy a Biztosító az elektronikus kommunikáció során biztosítási titkotartó információkat is továbbíthat, az adataimmal való visszaélés elkerülése érdekében mindent megteszek azért, hogy ne férjenek hozzá illetéktelen személyek,
 - iii) a lent megadott e-mail cím egyedi, azzal kizárólag én rendelkezem és jogosult vagyok saját célra használni, valamint én döntök a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról,
 - iv) vállalom, hogy a jelen nyilatkozatban feltüntetett e-mail címem megváltozását a Biztosító felé haladéktalanul bejelentem új „Nyilatkozat az elektronikus kommunikációról csoportos biztosítás biztosítottjai részére” c. nyilatkozat megadásával,
 - v) elfogadom, hogy a Biztosítót nem terheli felelősség, ha az én érdekkörömben felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve elmulasztottam bejelenteni az e-mail címem, megváltozását,
- 1.5. Tudomásul veszem, hogy ha a Biztosító az elektronikus kommunikációja során a tájékoztatást vagy nyilatkozatot a vonatkozó jogszabályban foglaltaknak megfelelően, fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton küldi meg a részemre, úgy a fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás az írásbeliség követelményének eleget tesz. Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a Biztosító igazolni tudja.

2. Adatkezelési tájékoztató

- 2.1. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító a jelen nyilatkozaton megadott e-mail címemet elektronikus kommunikáció céljából kezeli az 1.1–1.2. pontokban részletezett célok megvalósulása érdekében a csoportos biztosítási szerződés megszűnését követő 10 évig. Az adatkezelésre a Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóban foglaltak az irányadóak, melyet megkaptam a Szerződőtől, illetve elérhető a <https://www.nn.hu/adatvedelmi-szabalyzat> oldalon letölthető Adatvédelmi szabályzat Biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelés fejezeténél. Kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy a Biztosító Kiemelt Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját elolvastam, tartalmát megértettem, és megfelelő tájékoztatást kaptam az adatkezeléssel, illetve adatfeldolgozással kapcsolatos valamennyi tényről és körülményről, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról, azok gyakorlásáról és jogorvoslati lehetőségeimről.

Az eredményes feldolgozás érdekében, kérjük, olvashatóan töltse ki:

E-mail címem: _____

Kelt: _____

Nyilatkozatot tevő személy/Törvényes képviselő/
Gondnok aláírása: _____