

## Igénybejelentés betegség, műtét, kórházi kezelés esetén

Kérjük, a nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsse ki.

Szerződésszám

Melyik kiegészítő biztosításra jelent be igényt?

betegség

műtét

kórházi kezelés

### Biztosított adatai

Neve:

Születési ideje:  Foglalkozása<sup>1</sup>/beosztása<sup>1</sup>:

Lakcíme:

### Szerződő<sup>1</sup> / Egyéb vagy társbiztosított adatai

Neve:

Címe/telephelye<sup>1</sup>:

Adószáma<sup>1</sup>:  Telefonszáma:

### Szerződő nyilatkozata<sup>1</sup>

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz  napon a szerződéssel  naptól munkaviszonyban állt és a  számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint biztosítottak minősült.

Biztosított csoport kódja:

Kelt:  Cégszerű aláírás és pecsét:

### A baleset részletei baleset esetén

Baleset helye:

Baleset időpontja:

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

Volt-e rendőri intézkedés?  Igen  Nem

Melyik rendőrhatalóság járt el?

A balesetet követően részesült-e orvosi kezelésben?  Igen  Nem

Ha igen, mikor és hol?

<sup>1</sup> Kérjük, ezt a részt abban az esetben szíveskedjen kitölteni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

## Kedvezményezett adatai

Neve:	<input type="text"/>		
Anyja neve:	<input type="text"/>	Telefonszáma (napközbeni elérhetőség):	<input type="text"/>
Születési helye:	<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 <sup>2</sup>	<input type="radio"/> Nem	

## Kifizetés módja

Alulírott kifejezetten úgy rendelkezem, hogy a kifizetés az alábbiakban megjelölt módon valósuljon meg:

Banki utalás az alábbi számlaszámra:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Számlatulajdonos neve:	<input type="text"/>				
Számlavezető pénzintézet megnevezése:	<input type="text"/>				

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 / Egyéb vagy társbiztosított aláírása:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Kedvezményezett / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:	<input type="text"/>
		Bejelentést átvevő aláírása <sup>3</sup> :	<input type="text"/>

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Szerződött partner kódja:	<input type="text"/>	Szerződött partner aláírása:	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	------------------------------	----------------------

<sup>2</sup> Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

<sup>3</sup> Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen az illetékes aláírni, amennyiben a szerződő fél az Ön munkáltatója.

## A Biztosított hozzájárulása az egészségügyi adatok kezeléséhez

Alulírott Biztosított mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy az NN Biztosító Zrt. Csoportos Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) – amelyet letöltöttem a [https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn\\_csopor-tos\\_biztositasi\\_adatvedelmi\\_tajekoztato.pdf](https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn_csopor-tos_biztositasi_adatvedelmi_tajekoztato.pdf) linkről – elolvastam és tartalmát megértettem.

A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően megismert 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 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.

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 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 (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 Adatvédelmi 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 Adatvédelmi tájékoztatóban meghatározottak szerint kezelje.

Kelt:

\_\_\_\_\_

Biztosított / Meghatalmazott / Törvényes képviselő / 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 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:

\_\_\_\_\_

## Tájékoztató

- 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](http://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 NN Biztosító Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosításainak Általános Szabályzatának 1. számú melléklete, valamint a csoportos szerződések Biztosítási Ügyfél-tájékoztatója Általános és Különös Feltételeinek Biztosító teljesítése része tartalmazza.

- A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) részletes szabályokat határoz meg az ügyfél-azonosítási kötelezettség vonatkozásában a pénzügyi szolgáltatók számára. Ezért kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatványhoz csatolt Ügyfél-azonosítási adatlapok kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni a „Tájékoztató az NN Biztosító Zrt. ügyfél-azonosítási rendjéről” c. dokumentumot, mely elérhető honlapunkon, a [www.nn.hu](http://www.nn.hu) oldalon.
- Az ügyfél-azonosítást az NN Biztosító biztosítási tanácsadója vagy alkalmazottja végezheti el, ezért kérjük, hogy a személyes azonosításhoz keresse fel a lakóhelyéhez közel lévő irodánkat. Elérhetőségeinket megtalálhatja a [www.nn.hu](http://www.nn.hu) internetes oldalunkon.
- 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

Általános	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Biztosító által rendszeresített, vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött és a bejelentő és a Kedvezményezett által aláírt igénybejelentő nyomtatvány</li> <li>• A Szerződő nyilatkozata a Biztosított biztosított jogviszonyának igazolásáról és a Biztosított Csoport megnevezéséről</li> <li>• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása</li> <li>• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról</li> <li>• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékatadó végzés, jogerős öröklési bizonyítvány, feltéve, hogy a Kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg</li> <li>• Kiskorú és gondnokolt Kedvezményezett esetén a törvényes képviselő nyilatkozata</li> <li>• A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata</li> <li>• Kedvezményezett aláírásával ellátott nyilatkozat a biztosítási összeg rendeltetési helyéről (bankszámlaszám), ahová a biztosítási összeg kifizethető</li> <li>• Kifizetésnél a Pénzmosási törvény szerinti ügyfél-azonosítás során bemutatott, személyi azonosságot igazoló okmányok (személyi igazolvány, vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély és laccím-kártya) másolata</li> <li>• 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</li> <li>• Baleset, közlekedési baleset esetén: a baleset körülményeinek rövid leírása, baleset utáni orvosi jelentés, rendőrségi határozat vagy bírósági végzés másolata, munkahelyen bekövetkezett baleset esetén a Munkahelyi baleset vagy Üzemi baleset jegyzőkönyv másolata, baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv (kifizetőhely vagy a regionális egészségbiztosítási pénztár) határozatának másolata</li> </ul>
Műtét esetén	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eredeti kórházi zárójelentés</li> <li>• Műtéti leírás másolata</li> <li>• Az elvégzett beavatkozás orvos által igazolt (pecsét és aláírás) WHO-kódja</li> <li>• Szövettani eredmény másolata</li> </ul>
Kórházi kezelés esetén	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eredeti kórházi zárójelentés</li> <li>• Előzetes igény esetén a megkezdett ápolásról szóló részletes orvosi leírás</li> <li>• Kórrajzkivonat</li> </ul>
Betegség esetén	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, sebészeti műtéti leírás, onkológiai szakvélemény, szövettani lelet másolata</li> <li>• Szívinfarktus esetén: eredeti kórházi zárójelentés, EKG-görbe, a szívizomértékek típusos emelkedését igazoló orvosi dokumentumok, szívultrahang-vizsgálat lelete</li> <li>• Agyi érkatasztrófa esetén: eredeti kórházi zárójelentés, ideggyógyászati szakvélemény 60 napon túl fennálló, maradandó neurológiai károsodásról</li> <li>• Szervátültetés esetén: eredeti kórházi zárójelentés, műtéti leírás, transzplantációs gondozó jelentése, ha külföldön történt a műtét, a Biztosító előzetes hozzájárulásának másolata</li> <li>• Veseelégtelenség fellépése esetén: eredeti kórházi zárójelentés, nefrológiai gondozó jelentése, dialízisosztály jelentése a legalább 60 napja fennálló dialíziskezelésről</li> <li>• Koszorúérműtét esetén: eredeti kórházi zárójelentés, a műtétet megelőzően készített koszorúérfestés lelete (coronariographia)</li> </ul>
Medicina Assistance kártya esetén	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Egészségpénztár által kiállított eredeti igazolás, melyben igazolja, hogy a Biztosított a biztosítási esemény időpontjában jogosult volt a Medicina Assistance kártya szolgáltatásaira</li> </ul>

## Ügyfél-azonosítási adatlapok

Természetes személy ügyfél részére a 2017. évi LIII. tv. (Pmt.) 7., 8. és 19. §-ban előírt kötelezettség végrehajtásához

### Azonosítási adatlap

Kizárólag a szolgáltató töltheti ki

Családi és utónév:	<input type="text"/>	Születési családi és utónév:	<input type="text"/>
Állampolgárság(ok):	<input type="text"/>	Születési hely, idő:	<input type="text"/>
Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely):	<input type="text"/>		
Anyja születési neve:	<input type="text"/>		
Azonosító okmány típusa és száma:	<input type="radio"/> Személyazonosító igazolvány	<input type="radio"/> Lakcímgazolvány	<input type="radio"/> Vezetői engedély
	<input type="radio"/> Útlevél	<input type="radio"/> Személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány	<input type="radio"/> Egyéb:

Alulírott ezúton kijelentem, hogy a jelen nyomtatványon szereplő személy személyes azonosítását, a személyazonosító okmányok ellenőrzését és másolását szabályszerűen elvégeztem. Az azonosítás mellékleteit becsatoltam.

Az adatokat rögzítette (név):

Kelt:	<input type="text"/>	Adatrögzítő aláírása:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-----------------------	----------------------

### Ügyfél tényleges tulajdonosi és kiemelt közszereplői nyilatkozata

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott  büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy

- saját nevemben járok el.
- meghatalmazottként/képviselőként más – a tényleges tulajdonos – nevében járok el.<sup>1</sup>  
(Ebben az esetben kérjük a következő oldalon található tényleges tulajdonosra vonatkozó nyilatkozatot kitölteni.)

Amennyiben saját nevemben járok el, kijelentem, hogy

- nem minősülök kiemelt közszereplőnek.
- kiemelt közszereplőnek minősülök a(z)  pont alapján (írja be a 2. oldalon található tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása:

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni az NN Biztosító Zrt.-nek a megadott adatokban vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat, és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot minden befolyástól mentesen, a valóságnak megfelelően tettem meg.

Kelt:	<input type="text"/>	Ügyfél aláírása:	<input type="text"/>	Törvényes képviselő / Gondnok aláírása:	<input type="text"/>
-------	----------------------	------------------	----------------------	---	----------------------

<sup>1</sup> Amennyiben Ön gyámként, gondnokként vagy meghatalmazottként jár el, jelen nyilatkozata mellé szíveskedjen csatolni a meghatalmazást vagy a képviseleti jogosultságot igazoló határozatot, okiratot – ennek hiányában nem áll módunkban elfogadni a nyilatkozattételt.

## Ügyfél nyilatkozata a tényleges tulajdonos személyéről és kiemelt közszereplői minőségéről

Természetes személy ügyfél vagy képviselője, meghatalmazottja tölti ki

Alulírott \_\_\_\_\_ büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a tényleges tulajdonos az alábbi személy:

Családi és utónév: \_\_\_\_\_ Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_

Állampolgárság(ok): \_\_\_\_\_ Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakcím (annak hiányában tartózkodási hely): \_\_\_\_\_

Nyilatkozom, hogy a fenti személy

- nem minősül kiemelt közszereplőnek.  
 kiemelt közszereplőnek minősül a(z) \_\_\_\_\_ pont alapján (írja be a lenti tájékoztató szerinti kategória kódját).

A pénzeszköz forrása: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

Ügyfél aláírása: \_\_\_\_\_ Törvényes képviselő / Gondnok aláírása: \_\_\_\_\_

### Tájékoztató

Az ügyfél-azonosítással kapcsolatos információkat elérheti és letöltheti a [www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato](http://www.nn.hu/ugyfel-azonositasi-rend-tajekoztato) oldalon.

#### Kiemelt közszereplő (Pmt. 4. §)

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A kiemelt közszereplőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni továbbá az ilyen személy közeli hozzátartozójára vagy vele közeli kapcsolatban álló személyre is.

#### A kiemelt közszereplő kategóriái:

A

- államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár, Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár
- országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzetiségi szószóló
- politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője
- legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítélőtábla, Kúria tagja
- a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja
- nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon: rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei
- többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon: többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja

B

- házastárs
- élettárs
- vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek
- a fentiek házastársa vagy élettársa
- vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő

C

- kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló
- egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre