



## Igénybejelentés rokkantság, baleseti rokkantság 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?  rokkantság  baleseti rokkantság

### Biztosított adatai

Neve: ?  Telefonszáma:   
Születési ideje:  Foglalkozása<sup>1</sup>/beosztása<sup>1</sup>:   
Lakcíme:   
Rokkantságot okozó betegség megnevezése:

### Szerződő<sup>1</sup> ? / Egyéb vagy Társbiztosított adatai ?

Neve:   
Telephelye<sup>1</sup>/címe:   
Adószáma<sup>1</sup>:  Telefonszáma:

### Szerződő nyilatkozata<sup>1</sup>

Igazolom, hogy a Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésének napján, azaz  napon a Szerződővel  naptól munkaviszonyban / tagsági jogviszonyban / tartós megbízási jogviszonyban / egyéb csoportképző ismérv alapján kapcsolatban állt és a  számú csoportos életbiztosítási szerződés (Csoportos Biztosítási Kötvény 3. pontjában meghatározott) feltételei szerint Biztosítottnak minősült.  
Biztosított csoport kódja:   
Kelt:  Cégszerű aláírás és pecsét:

### A baleset részletei baleseti rokkantság esetén

Baleset helye: ?  Baleset időpontja:

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

Volt-e rendőri intézkedés?<sup>2</sup>  Igen  Nem

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el?

Munkahelyi baleset történt-e?<sup>3</sup>  Igen  Nem

Munkahelyi baleset esetén készült-e Munkabaleseti jegyzőkönyv?  Igen  Nem

Ha nem készült, miért nem?

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

<sup>2</sup> Amennyiben rendőri intézkedés történt, kérjük a vizsgálatot lezáró Határozat másolata vagy a Rendőrségi jegyzőkönyv másolata beküldését.

<sup>3</sup> Munkahelyi baleset esetén kérjük a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolatának beküldését.

## Kedvezményezett adatai

Neve:

Anyja neve:  Telefonszáma  (napközbeni elérhetőség):

E-mail címe:  Születési ideje:

Lakcíme:

Állampolgárság 1.:  Állampolgárság 2.:

Adózási szempontból más országban rendelkezem illetőséggel:   Igen<sup>3</sup>  Nem

## 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 devizavételi árfolyamon átváltsa. 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 / Egyéb vagy Társbiztosított / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

Kedvezményezett / Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

Bejelentést átvevő aláírása<sup>4</sup>:

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

NN biztosítási tanácsadó kódja:

NN munkatárs aláírása (NN biztosítási tanácsadó, ügyfélszolgálati munkatárs, hálózati adminisztrátor), banki ügyintéző (ebben az esetben a banki alkalmazott aláírása és a bank pecsétje is szükséges):

<sup>3</sup> Amennyiben igen, úgy kérjük, hogy a Tájékoztató második bullet pontjában megadott nyomtatványt kitölteni és megküldeni szíveskedjen.

<sup>4</sup> Kérjük, ezt a mezőt abban az esetben szíveskedjen az illetékesel aláírni, amennyiben a Szerződő 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. Biztosítási adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban „Adatvédelmi tájékoztató”) – amelyet letöltöttem a [https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn\\_csoportos\\_biztositasi\\_adatvedelmi\\_tajekoztato.pdf](https://www.nn.hu/documents/10182/50936/nn_csoportos_biztositasi_adatvedelmi_tajekoztato.pdf) oldalról – 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 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.

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 / Egyéb vagy Társbiztosított / Törvényes képviselő /  
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 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 / Egyéb vagy Társbiztosított / Törvényes képviselő /  
Meghatalmazott / Gondnok aláírása:

\_\_\_\_\_

## Tájékoztató

- Tájékoztatjuk, hogy a Biztosító lakcímre 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, illetve az NN Biztosító Kiemelt 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

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben	<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>• Idegen nyelvű iratok hivatalos magyar fordítása</li><li>• Hivatalos bizonyítvány másolata a Biztosított születésének napjáról</li><li>• A Kedvezményezett jogosultságát igazoló okiratok: jogerős hagyatékadó 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 lakcímkártya) 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:<ul style="list-style-type: none"><li>– A baleset körülményeinek rövid leírása</li><li>– Rendőrségi határozat vagy bírósági végzés<sup>5</sup> másolata</li><li>– Munkahelyi baleset esetén a Munkabaleseti jegyzőkönyv másolata</li></ul></li></ul>
Rokkantság, baleseti rokkantság esetén	<ul style="list-style-type: none"><li>• A biztosítási eseményből eredő egészségkárosodás mértékét megállapító szakértői/szakhatósági orvosi bizottság szakvéleményének másolata</li><li>• Megváltozott munkaképességű személyek ellátásra vonatkozó határozat (másolat)</li><li>• Teljes orvosi dokumentáció</li></ul>

<sup>5</sup> 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.



Ügyfélszám: \_\_\_\_\_

Szerződésszám: \_\_\_\_\_

## Egyszerűsített ügyfél-azonosítási adatlap csoportos életbiztosításhoz

Csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosításhoz kizárólag 4,5 millió Ft alatti kifizetés esetén

### Szerződés adatai

Szerződő neve (pl. Vállalat, Bank): \_\_\_\_\_ Biztosított családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Értékesítő neve  
(pl.: NN Biztosító szerződött partnere,  
Biztosítási alkusz): \_\_\_\_\_

### Azonosítási adatlap

Titulus, családi és utónév: \_\_\_\_\_ Születési családi és utónév: \_\_\_\_\_

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

Állandó lakcím: \_\_\_\_\_

Magyarországi tartózkodási hely (kizárólag külföldi állampolgár esetén): \_\_\_\_\_

Lakcím nélküli státusz  Külföldi tartózkodási jogát igazoló okmány megnevezése \_\_\_\_\_ száma \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány típusa:  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Vezetői engedély  
(Kérjük, a megfelelő választ X-szel jelölje!) Lakcímet igazoló hatósági igazolvány  Egyéb: \_\_\_\_\_

Azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Érvényessége: \_\_\_\_\_ -tól \_\_\_\_\_ -ig

Lakcímet igazoló hatósági igazolvány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló hatósági igazolvány érvényessége: \_\_\_\_\_ -tól \_\_\_\_\_

A lakcímet igazoló hatósági igazolvány önmagában nem, csak érvényes személyi azonosító igazolvánnyal vagy útlevelemmel vagy vezetői engedéllyel együtt alkalmas azonosításra!

**A jelen nyilatkozat érvényességének feltétele a személyi azonosító igazolvány mindkét oldala, valamint a lakcímet igazoló hatósági igazolvány lakcímet tartalmazó oldala másolatának egyidejű megküldése. Régi típusú személyazonosító igazolvány esetén kérjük az okmány azonosítót, lakcímet, valamint az okmány érvényességét tartalmazó oldalak másolatát.**

### Ügyfél kiemelt közszereplői nyilatkozata

(Kérjük, a megfelelő választ X-szel jelölje!):

 nem minősülök kiemelt közszereplőnek. kiemelt közszereplő vagyok (írja be a tájékoztató A pont szerinti kategória kódját) A / \_\_\_\_\_ kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok (írja be a tájékoztató B pont szerinti kategória kódját) B / \_\_\_\_\_

Kiemelt közszereplő családi és utóneve: \_\_\_\_\_ Kiemelt közszereplő születési ideje: \_\_\_\_\_

 kiemelt közszereplőhöz közel álló személy vagyok (írja be a tájékoztató C pont szerinti kategória kódját) C / \_\_\_\_\_

Kiemelt közszereplő családi és utóneve: \_\_\_\_\_ Kiemelt közszereplő születési ideje: \_\_\_\_\_

A pénzeszköz forrása: (Kedvezményezett azonosítása esetében nem kérjük kitölteni!) \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ügyfél aláírása: \_\_\_\_\_

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

Kiemelt közszereplő az a természetes személy, aki fontos közfeladatot lát el, vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőzően legalább egy éven belül fontos közfeladatot látott el. A biztosító belső szabályzatában kockázaterékenységi megközelítés alapján az egy éves időtartamnál hosszabb időtartamot is meghatározhat.

**A) Fontos közfeladatot ellátó személy:**

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

**B) Kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója a kiemelt közszereplő:**

- a) házastársa,
- b) élettársa,
- c) vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá
- d) ezek házastársa vagy élettársa,
- e) vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője.

**C) Kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy:**

- a) kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll;
- b) bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet a kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Az egyszerűsített azonosítási eljárás menete: A biztosító az egyszerűsített ügyfél-azonosítás során meghatározott intézkedéseket - tekintettel arra, hogy a személyes megjelenés nem szükséges - az ügyfél által postai úton megküldött dokumentumok és nyilatkozatok alapján, valamint az ügyfél által az ügyfél azonosított elektronikus levelezési címéről küldött okiratmásolatokat és nyilatkozatokat magában foglaló jognyilatkozatokat is tartalmazó, az azokban foglalt információ változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyeknek és a jognyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására alkalmas, az ügyfél által a szolgáltató részére hozzáférhetővé tett elektronikus dokumentumok alapján végzi el.