

Nyugdíj szolgáltatási igénybejelentő

klasszikus és befektetési egységekhez kötött életbiztosítások esetén



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Kötvényszám:

Szerződő adatai (Amennyiben a szerződő és biztosított azonos, akkor csak a biztosított adatait kell kitölteni!)

Név:
 Születési hely, idő:
 Telefonszám: Email cím*:

Biztosított adatai

Név:
 Születési hely, idő:
 Anyja neve: Adóazonosító jele:
 Telefonszám: Email cím*:
 Címe:
 Foglalkozása: Pontos munkatevékenysége:
 A biztosított jelenlegi sporttevékenysége (mit sportol):
 Milyen szinten? ☐ kiemelt sportoló ☐ élvonalbeli sportoló ☐ regionális szinten versenyző sportoló
☐ területi szinten versenyző sportoló ☐ hobbi sportoló ☐ nem sportol
 A biztosított korábbi sporttevékenysége (mit sportolt):
 Mettől meddig sportolt és milyen szinten (a fenti besorolás alapján):

* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.

Tudomásul veszem, hogy erre vonatkozó kifejezett, ellentétes tartalmú nyilatkozat hiányában a fent megjelölt szerződés(ek) vonatkozásában benyújtott szolgáltatási igénybejelentő, valamint az azzal kapcsolatban a biztosítóhoz benyújtott dokumentumok alapján a biztosító valamennyi, ügyfél által érintett szerződés vonatkozásában lefolytatja a kárrendezési eljárást, és jogalap megállapítása esetén szolgáltatást nyújt.

Nysz.: 24880 Kelt:

.....
 Biztosított aláírása
 (gondnokság alatt álló nagykorú biztosított
 esetén gondnok – aláírása)

Kérjük jelölje be, hogy milyen nyugdíjbiztosítási eseményt jelent be!

- ☐ **Elérési szolgáltatás*** (lejárati időpontban)**
- ☐ **Nyugdíjjogosultság megszerzése*** a lejárat előtti**

Benyújtandó dokumentum:

- ☐ a nyugdíjjogosultság megszerzéséről szóló határozat másolata

39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás

Kérjük, válassza ki mire nyújtja be szolgáltatási igényét!

- ☐ a) A szerződéshez kapcsolódó kiegészítő biztosításokra, melyek lehetnek
- 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás kiegészítő biztosítás
 - 69%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás kiegészítő biztosítás
 - Díjátvállalás 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén kiegészítő biztosítás.
- ☐ b) Az alapbiztosítás egészségkárosodás szolgáltatására*** (Tudomásul veszem, hogy amennyiben van Díjátvállalás 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás esetén kiegészítő biztosítás a szerződésben, a biztosító a továbbiakban nem vállalja át a díjat.)

Benyújtandó dokumentumok:

- ☐ az Orvosszakértői intézet szakvéleménye
- ☐ amennyiben a biztosítás megszűnését követően kelt az Orvosszakértői intézet szakvéleménye, ebben az esetben a 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapítására irányuló igénybenyújtás időpontjának igazolása szükséges
- ☐ orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén**,
- ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata
- ☐ rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült)
- ☐ véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredménye (ha készült)
- ☐ közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata (ha készült)

** A kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata a káresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórimzésének pontos időpontjával.

*** A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben foglaltaknak megfelelően társaságunk kizárólag azt követően teljesítheti a kifizetést, ha a szerződő, a kifizetésre jogosult (valamint a kifizetés jogosultjától eltérő bankszámla tulajdonos) ügyfél-átvilágítására sor került, és az a hatályos jogszabályi követelményeknek is eleget tesz, különös tekintettel az átvilágításhoz szükséges érvényes okmánymásolatok rendelkezésre állására.

A szolgáltatási összeget a következő számlaszámra kérem utalni:

Számlatulajdonos neve:

Születési hely, idő:

Kérjük, nyilatkozzon a kifizetés címzettjéhez fűződő kapcsolat jellegéről, ha a kifizetés címzettje nem azonos a szerződővel vagy a kifizetésre jogosulttal.

- ☐ hozzátartozó (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, a mostoha- és nevelőszülő és testvér, élettárs, egyeneságbeli rokon házastársa, házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és testvér házastársa)
- ☐ egyéb (kérjük megjelölni):

Ha a szerződőtől vagy kifizetésre jogosulttól eltérő személy részére kéri a kifizetést, akkor a szerződő/ kifizetésre jogosult mellett a kifizetés címzettje is ügyfél-átvilágítási kötelezettség alá esik. Ha a megjelölt, szerződéshez nem köthető címzett nem minősül hozzátartozónak, akkor fokozott átvilágítás szükséges. Ennek során nyilatkozni kell a korábban teljesített befizetések (mint pénzeszközök) és vagyon (hárommillió forintot meghaladó értékű vagyoni eszközök) forrásáról.

Felhívjuk a figyelmét, hogy postai kifizetés esetén társaságunk költséglevonást érvényesíthet. A részleteket a szerződésére vonatkozó kondíciós lista (a biztosítási feltétel I. számú melléklete) tartalmazza.

Biztosított nyilatkozat adóügyi illetőségről

Adóügyi illetőségem:

- ☐ Magyarország
- ☐ Amerikai Egyesült Államok – Kérjük, adja meg az amerikai adószámát:
- ☐ Egyéb (Kérjük, adja meg az országo(ka)t!):
- Kérjük, adja meg a külföldi adószámát:

Kelt:

.....
 Biztosított aláírása
 (gondnokság alatt álló nagykorú biztosított
 esetén gondnok – aláírása)

NYILATKOZAT

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosított jogviszonya; továbbiakban egységesen: biztosítási szerződés) megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszerezze és nyilvántartsa.
Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy a fenti jelölőnégyzet kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról.
- ☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, – illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.
- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igény teljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.
- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

Az adatkezelés céljai:

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- panaszok kezelése.

Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni. Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

Amennyiben bejelentése 16 óráig beérkezik biztosítónkhoz, adott napon beérkezettnek tekintjük.

A kitöltött és aláírt nyomtatványt elküldheti okostelefonnal befotózva vagy szkennelve a generali.hu@generali.com email címre.

Ha kérdése van, hívja telefonos ügyfélszolgálatunkat a +36 1 452 3333-as telefonszámon!

Kelt:

.....
Biztosított aláírása
(gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén gondnok – aláírása)

SZEMÉLYES LEADÁS ESETÉN TÖLTENDŐ KI (kivéve alkuszi átvételnél)!					Átvevő munkatárs aláírása	Szerződő/bejelentő aláírása
Nyomtatvány átvételének időpontja					A munkatárs	
Év	Hónap	Nap	Óra	Perc		
					☐ belső munkatárs ☐ függő tanácsadó ☐ többes ügynök	