

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 sportolt):

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.

Nysz.: 23160 Kelt:

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

Kérjük jelölje be, hogy milyen nyugdíjbiztosítási eseményt jelent be!

- Elérési szolgáltatás*** (lejárati időpontban)**
- Nyugdíjigogosultság megszerzése*** a lejárat előtti**
Benyújtandó dokumentum:
 a nyugdíjigogosultság megszerzéséről szóló határozat másolata
- Kizárólag a 39% és/vagy 69% feletti egészségkárosodás kiegészítő biztosítás**
- Az alapbiztosítás egészségkárosodási szolgáltatására*** és – amennyiben van – a 39% és/vagy 69% feletti egészségkárosodás kiegészítő biztosítás**
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 hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével, (BNO kódjának megjelölésével) és a betegség(ek) első kórismézésének pontos időpontjával.

*** A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényi szabályozásnak megfelelően társaságunk csak azt követően teljesíthet kifizetést, ha a szolgáltatási összegre jogosult személy(ek) (kedvezményezett(ek), a kifizetés jogosultjától eltérő bankszámla tulajdonos), valamint a szerződő ügyfélátvilágítására sor került. Telefonos ügyfélszolgálatunk, vagy bármelyik személyes ügyfélszolgálatunk tájékoztatást nyújt azzal kapcsolatban, hogy mely elérési kedvezményezett(ek), illetve szerződő esetében szükséges elvégeznünk az ügyfél-átvilágítást.

A szolgáltatási összeget a következő számlaszámra kérem utalni:

Számlatulajdonos neve:

Születési hely, idő:

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:

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 beszeresse 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.
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 kockázatbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja
- 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, kármegelevezéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

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 pénzmossás és terrorizmus finanszírozásának a 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 adathozzérhetővé váló 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/kapcsolat oldalunkon található elérhetőségünkre. 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						
Év	Hónap	Nap	Óra	Perc	<input type="checkbox"/> belső munkatárs <input type="checkbox"/> függő tanácsadó <input type="checkbox"/> többes ügynök	