

Nyugdíj szolgáltatási igénybejelentő

klasszikus és befektetési egységekhez kötött életbiztosítások esetén



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu

Kötvényszám:

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

Név:
 Születési hely, idő:
 Telefonszám: E-mail cím:

Biztosított adatai

Név:
 Születési hely, idő:
 Anyja neve: Adóazonosító jele:
 Telefonszám: E-mail 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):

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
- ☐ **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 | ☐ rendőrségi/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv másolata (ha készült) |
| ☐ amennyiben a biztosítás megszűnését követően kelt az Orvosszakértői intézet szakvéleménye, ebben az esetben a 39%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás megállapítására irányuló igénybejelentés időpontjának igazolása szükséges | ☐ gépjármű vezetés során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogosítvány és a forgalmi engedély másolata (amennyiben a biztosított vezette a gépjárművet) |
| ☐ orvosi nyilatkozat, kivéve baleset esetén*, | ☐ véralkohol, kábító hatású anyag vizsgálati eredménye (ha készült) |
| ☐ az első ellátástól a szolgáltatási igénybejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (kezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, stb.) másolata | ☐ 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 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:

Kelt:

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

Biztosítotti 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:

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

- ☐ Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosítotti 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. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító 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.
- ☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségi állapotomra 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 kockázatalbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Kelt:

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

Tanú 1.

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2.

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Egyéb nyilatkozatások

- ☐ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igényteljesítése 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 e-mail címre küldje meg részemre.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a generali.hu oldalról.

Kérjük, hogy aláírást követően, küldje el igényét az alábbi elérhetőségek egyikére:

- email: generali.hu@generali.com
- fax: +36 1 451 3857
- levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888

Ha kérdése van, hívja Telefonos ügyfélszolgálatunkat (+36 1 452 3333)!

Kelt:

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

Biztosító tölti ki!

Név:	PH.
Szervezeti egység:	
Aláírás:	