

Biztosítotti csatlakozási nyilatkozat évfordulós módosítás esetére

Kérjük, nyomtatott betűkkel, olvashatóan kitölteni a nyilatkozatokat! Egy példány az Öné, és egy példányt kérünk kinyomtatva, aláírva megküldeni a NN Biztosító Zrt. 1364 Budapest, Pf. 247 címére, a borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET

Alulírott, _____
mint a Kiszámoló Egyesület és az NN Biztosító Zrt. között létrejött Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés (továbbiakban: Csoportos Biztosítás) Biztosítottja akként nyilatkozom, hogy a _____ dátumon, a _____ csomaghoz megtett csatlakozási nyilatkozatommal létrejött biztosítotti jogviszonyt _____ év 06.30 napjával fel kívánom mondani azzal a feltétellel, hogy a Biztosító a jelen újra csatlakozási nyilatkozatomat a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek) 5.8. és 6.3. pontja alapján elfogadja. Amennyiben a Biztosító a jelen újra csatlakozási kérelmemet nem fogadja el, a korábban megtett és elfogadott Csatlakozási Nyilatkozatom alapján létrejött biztosítotti jogviszonyom fennmarad.

Jelen Csatlakozási Nyilatkozat (továbbiakban: Biztosítotti Nyilatkozat) aláírásával kifejezem szándékomat, hogy a Kiszámoló Egyesület és az NN Biztosító Zrt. között létrejött Csoportos Biztosításhoz, mint Biztosított újra csatlakozni kívánok és ezzel hozzájárulok ahhoz, hogy a Csoportos Biztosítás alapján a Biztosító kockázatviselése rám az alább választott biztosítási csomag vonatkozásában kiterjedjen.

Az újra csatlakozás a Biztosítási Feltételek 5.8. és 6.3. pontja alapján új csatlakozásnak minősül. Újra csatlakozás esetén kérjük, gondoskodjon az új csomagnak megfelelő díj utalásáról.

Biztosító: NN Biztosító Zrt.
Székhely: 1068 Budapest, Dózsa György út 84/B.
Cégjegyzékszám: 01-10-041574
Adószám: 10492033-2-44
MNB engedélyszám: 04/1991, H-EN-II-85/2016
Telefonszáma: 1433 (NN TeleCenter)

Szerződő: Kiszámoló Egyesület
Székhely: 2040 Budaörs, Ébner György köz 4
Adószám: 18747636-1-13
Nyilvántartási szám: 13-02-0006984
Nyilvántartó szervezet: Budapest Környéki Törvényszék
Statisztikai számjel: 18747626-8559-529-13

**Függő Biztosítás-
közvetítő Ügynök:** Csernok Miklós , egyéni vállalkozó
Adószám: 68607614-1-33
Okmányirodai nyilvántartási száma: 51989930
MNB nyilvántartási szám: 219060400114

Biztosított adatai:	Egyesületi tagi kódja:			
	Vezetékeve:			
	Keresztneve:			
	Állandó lakcíme:	IRSZ	Település	Községi terület
		Községi terület jellege	Házszám	
	Anyja neve:			
	Születési helye, ideje:			
	E-mail címe:			

Választott biztosítási csomag:

Kérjük, a megfelelő választ jelölje meg!

☐ E - Mini csomag
 ☐ F - Midi csomag
 ☐ G - Maxi csomag
 ☐ H - Aktív csomag

Biztosítási csomagok :

	E - Mini csomag	F - Midi csomag	G - Maxi csomag	H - Aktív csomag
Fedezet	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg	Biztosítási összeg
Bármely okú halálra szóló alapbiztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	1 000 000 Ft
Baleseti halálra szóló kiegészítő biztosítási fedezet			15 000 000 Ft	
Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet	10 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft	20 000 000 Ft
Baleseti műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet			500 000 Ft	
Baleseti kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet		10 000 Ft	15 000 Ft	
Baleseti keresőképtelenségre szóló napi térítést biztosító kiegészítő biztosítási fedezet				10 000 Ft
Baleseti csonttörésre és csontrepedésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				50 000 Ft
Rokkantságra szóló csoportos kiegészítő biztosítási fedezet				5 000 000 Ft
Műtéti térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				150 000 Ft
Bármely okú kórházi napi térítésre szóló kiegészítő biztosítási fedezet				15 000 Ft
32 súlyos betegségre fedezetet nyújtó kiegészítő biztosítási fedezet			2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
+ 7/24 orvosi call center asszisztencia szolgáltatás	díjmentes	díjmentes	díjmentes	díjmentes
Havi díj / fő	1 466 Ft	2 950 Ft	4 470 Ft	4 500 Ft
Éves díj / fő	17 592 Ft	35 400Ft	53 640 Ft	54 000 Ft

1. Alulírott Biztosított kijelentem, hogy

- a jelen Biztosított Nyilatkozat aláírása előtt a Csatlakozást megelőző tájékoztatást, a biztosítási szolgáltatásokra vonatkozó a Kiszámloló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételeit (a továbbiakban Biztosítási Feltételek), az Ügy-nöki tájékoztatót letöltöttem a www.csoportos.kiszamolohu oldalról (a továbbiakban Honlap), elolvastam, megismertem, a megfelelő tájékoztatást megkaptam a Csoportos Biztosítás jellemzőiről, a Biztosító és függő biztosításközvetítő ügynök főbb adatairól, a biztosításra vonatkozó szerződési feltételekről, így különösen az általam választott biztosítási csomagban szereplő biztosítási kockázatokról, kizárásokról, a díj, a Műtéti lista, a Szolgáltatások igényléséhez szükséges dokumentumok listájának, adatkezelési szabályoknak egyoldalú módosításáról, valamint a biztosítás rám eső havi díjrészletéről;
- jelen Biztosított Nyilatkozat megtételekor életkorom betöltött 18 és be nem töltött 55 év között van, továbbá a Szerződő-vel az egyesületi tagi /pártoló tagi tagsági jogviszonyom fennáll;

- iii. a Szerződéssel kötött külön megállapodás alapján a csoportos biztosítás díjának rám eső részét áthárítja rám, és azt vállaltam megfizetni felé. Biztosított tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben ezen kötelezettségemnek nem teszek eleget, akkor a biztosítási fedezet megszűnik.

2. Tudomásul veszem, hogy

- i. a jelen Biztosítotti Nyilatkozat alapján a Csoportos Biztosítási szerződés hatálya rám, mint Biztosítottra **csak abban az esetben terjed ki, ha a Biztosító kockázatelbírálása alapján a jelen Biztosítotti Nyilatkozatomat az általam megadott e-mail címre küldött levélben elfogadja.** Tudomásul veszem, hogy a csatlakozási szándék elfogadásáról jelen Biztosítotti Nyilatkozat és szükséges dokumentumok Biztosító székhelyére történő beérkezését követő második hónap 5. napjáig értesítést küld a Biztosító;
- ii. a Biztosító kockázatviselésének kezdete az általam fentebb választott biztosítási csomag vonatkozásában a tárgyév 07.01. napja lesz, amennyiben jelen Biztosítotti Nyilatkozat és a szükséges dokumentumok a tárgyév 05.01-05.31- e között beérkezik a Biztosító székhelyére, feltéve, hogy a Biztosító a jelen Biztosítotti Nyilatkozatban megtett újracsatlakozási kérelmemet a Biztosítási Feltételek 6.3. a) pontja szerint elfogadta. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a jelen újracsatlakozási Biztosítotti nyilatkozatom a tárgyév 05.31. napja után érkezik be a Biztosító székhelyére, úgy azt a Biztosító elutasítja. Ez esetben a korábban megtett és elfogadott Csatlakozási Nyilatkozatom alapján létrejött biztosítotti jogviszonyom fennmarad.
- iii. **a jelen Biztosítotti Nyilatkozat vonatkozásában az igényelt biztosítási fedezet jellege, illetve a kockázatviselés körülményei alapján a csatlakozási kérelem elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges, erre tekintettel, amennyiben a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, úgy a Biztosító az jelen csatlakozási kérelmemet elutasíthatja;**
- iv. a fent megjelölt Csoportos Biztosításba annak hatálya alatt szerződőként a Biztosítási Feltételekben foglaltak szerint nem léphetek be;
- v. különösen, de nem kizárólagosan a Csoportos Biztosítás vagy a Szerződéssel fennálló tagsági jogviszonyom megszűnése, illetve a 65. életév betöltése esetén a biztosítotti jogviszonyom is megszűnik a Biztosítási Feltételek 9. pontjában foglaltak szerint;
- vi. a Biztosító **kockázatviselése nem terjed ki** – egyebek mellett - a kockázatviselés kezdetétől számított 2 éven belül a kockázatviselés kezdete előtt fennálló betegségekkel, kóros állapotokkal, veleszületett rendellenességekkel és azok következményeivel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről tudomással bírtam. A Biztosító csak a kockázatviselés kezdetét megelőző 2 (két) évre vonatkozóan vizsgálja. Ezen túlmenően az általános kockázatkizárásokat és mentesülési okokat a Biztosítási Feltételek 14. pontja, illetve az egyes kiegészítő biztosítási fedezetekre vonatkozó további kockázatkizárásokat a Különös Feltételek 22.3, 23.4, 24.3, 25.4, 26.3, 27.3, 28.4, 29.4, 30.3, pontjai tartalmazzák;
- vii. **a biztosítás díja változó, a csatlakozásakor megállapított díj a biztosítás első biztosítási évére érvényes.** A Biztosító és a Szerződő kifejezetten fenntartja a jogot arra, hogy a biztosítás díját biztosítási évente közös megegyezéssel módosítsa a vonatkozó Biztosítás Feltételek 8.4 pontjában meghatározottak szerint;
Az új biztosítási díjról a Szerződő legkésőbb 60 nappal a naptári év vége előtt értesít, és közzéteszi a honlapján is. A díjemelést a tárgyi biztosítási év vége előtt 30 nappal Szerződőnek küldött elektronikus levélben elutasíthatom, ez esetben a biztosítási fedezet a biztosítási év végével megszűnik;
- viii. a Biztosító **jogosult egyoldalúan módosítani** az adatkezelésre vonatkozó szabályokat jogszabály módosítás miatt (Biztosítási Feltételek 18.13. pontja), valamint a biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez szükséges okmányok listáját (Biztosítási Feltételek 11.3. pontja) és a Műtési listát (Biztosítási Feltételek 23.3. és 28.3. pontja).
- ix. a Csoportos Biztosításból eredő igények elévülési ideje a biztosítási szerződés megszűnésétől, illetve biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év;
- x. a biztosítási jogviszonyom tartama alatt **köteles vagyok a változást követő 5 munkanapon belül a Biztosítotti Nyilatkozatban közölt, vagy egyéb lényeges adatok változását bejelenteni a Biztosítóknak.** Lényeges adat az, amire a Biztosító a csatlakozás során rákérdez;
- xi. a Függő Ügynök a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet.

3. Tudomásom van arról, hogy

- i. én, mint Biztosított a jelen Biztosítotti Nyilatkozatot a csatlakozás elfogadásáról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül indokolás nélkül visszavonhatom (Csatlakozást Követő Felmondás), ezt követően pedig bármikor (Rendes felmondás) visszavonhatom az alábbiak szerint;
A Biztosított Csatlakozást Követő Felmondási jogát akkor kell határidőben érvényesítennek tekinteni, ha az írásbeli csatlakozási nyilatkozatát visszavonó írásbeli nyilatkozatát a Biztosított a 30 napos határidő lejárta előtt postára adja. Ez esetben a biztosítotti jogviszony a Csoportos Biztosításhoz való csatlakozás érdekében megküldött Biztosítotti Nyilatkozat és a szükséges dokumentumoknak a Biztosító székhelyére történő beérkezését követő második hónap első napjának 0.00 órájára (kockázatviselés kezdete) visszamenő hatállyal díjfizetési kötelezettség nélkül megszűnik. A már befizetett díjakat a Szerződő ebben az esetben a Biztosítótnak visszajuttatja;
A határidőn túl elküldött csatlakozást visszavonó nyilatkozat Rendes felmondásnak minősül. Rendes felmondással a biztosítotti jogviszonyát a csatlakozás elfogadásáról szóló visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 nap eltelte után, postai úton intézett írásbeli nyilatkozattal bármikor megszüntetheti. Ez esetben a Biztosító kockázatviselése megszűnik annak a hónapnak az utolsó napján 24 órakor, amelyik hónapban a Biztosított Rendes Felmondásról szóló írásbeli nyilatkozatát a Biztosító rögzíti; Felmondást írásban kell eljuttatni a fenti adatok megadásával az NN Biztosító Zrt. alábbi címére: levelezési cím: 1364 Budapest, Pf. 247, borítékon feltüntetve, hogy KISZÁMOLÓ EGYESÜLET

- ii. a jelen dokumentumban megadott nyilatkozataim – különösen, de nem kizárólagosan a biztosítói tájékoztatások és dokumentumok átvételére és letöltésére, azok tartalmának megismerésére vonatkozóak – jogvita során jelentőséggel bírnak, ezért tájékozottan, a következmények ismeretében határozottan kijelentem, hogy a jelen dokumentumban foglalt nyilatkozatokat önkéntesen, befolyásmentesen én adtam meg, azok a valóságnak megfelelnek, azokat nem vitatom;
- iii. a Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban a panaszkezelésre a Biztosítás Feltételek 17.2. pontjában meghatározottak, és Biztosító www.nn.hu honlapján található Panaszkezelési szabályzata az irányadóak;
- iv. a Biztosító az itt megadott adatimat biztosítási titokként kezeli, valamint, hogy az adatkezelés részletes szabályait, a jogaimat és a jogorvoslati lehetőségeimet a Biztosítási Feltételek 18. pontjában találom.

4. Alulírott Biztosított hozzájárulásumat adom, hogy a Szerződő – a biztosítási fedezet létrejötte, és a szolgáltatás teljesítése érdekében – az egyesületi tagságra vonatkozó adataimat a Biztosítónak átadja, és hogy a Biztosító a biztosított jogviszonyom fennállásáról, megszűnéséről a Szerződőt tájékoztassa.

5. Elektronikus kommunikáció

Alulírott Biztosított az NN Biztosító Zrt.-vel (továbbiakban Biztosító) folytatott papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében, valamint az alábbiakban részletezett célokból önkéntesen és tájékozottan az alábbi nyilatkozatokat teszem, és az alábbi kötelezettségeket vállalom:

Tudomásul veszem, hogy

- i. a Biztosító a velem való kapcsolattartás során, elektronikus úton, elektronikus kommunikáció (továbbiakban elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció) igénybevételel járjon el, tekintettel arra, hogy a tájékoztatás és a kapcsolattartás szempontjából ez a mód számomra megfelelő. Minden olyan esetben, amikor erre a rendelkezésre álló technikai lehetőségek és folyamatok adottak, a Biztosító elektronikus kommunikáció útján küldje meg részemre az információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat, ideértve azokat is, amelyeket a vonatkozó jogszabályok, hatósági követelmények, illetve a biztosított jogviszonyomra irányadó Biztosítási Feltételek írnak elő. Az elektronikus kommunikációt a Biztosító díjmentesen nyújtja;
- ii. a jelen nyilatkozatom általános jellegű, azaz az elektronikus kommunikáció kiterjed különösen, de nem kizárólagosan, a biztosított jogviszonyom létrejöttével, fenntartásával, megszűnésével, szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos tájékoztatásokra;
- iii. elektronikus útnak minősülnek a jelen dokumentumban megadott e-mail címemre megküldött elektronikus kommunikáció.
- iv. ha a Biztosító az elektronikus kommunikációja során a tájékoztatást vagy nyilatkozatot a vonatkozó jogszabályban foglaltaknak megfelelően, fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva, elektronikus úton küldi meg a részemre, úgy a fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumba foglalás az írásbeliség követelményének eleget tesz. Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a Biztosító igazolni tudja.

Kijelentem és aláírással megerősítem, hogy:

- i. ismerem és használom az internetet, rendszeres internet-hozzáférésem van, tisztában vagyok az e-mail, mint kommunikációs csatorna biztonsági fokozatával;
- ii. tudomással bírok arról, hogy a Biztosító az elektronikus kommunikáció során biztosítási titkot képező információkat is továbbíthat;
- iii. a biztosítási titkot képező adataimmal való visszaélés elkerülése érdekében mindent megteszek azért, hogy a kommunikációs csatornákhöz ne férjenek hozzá illetéktelen személyek;
- iv. a fent megadott e-mail cím egyedi, azzal kizárólag én rendelkezem és jogosult vagyok saját célra használni, valamint én döntök a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról;
- v. vállalom, hogy az e-mail fiókom rendszeresen ellenőrzöm, a Biztosító által küldött dokumentumokat megismerem;
- vi. a biztosított jogviszonyommal kapcsolatos elsődleges értesítési címnek a fent megadott e-mail címem minősül, ugyanakkor elfogadom, hogy a Biztosító technikai hiba, üzemzavar, más akadály esetén a dokumentumokat/információkat megadott állandó lakcíme címre, postai úton küld meg részemre, valamint tudomással bírok arról is, hogy a Biztosító nem minden dokumentumot, tájékoztatást küld meg elektronikus úton;
- vii. vállalom, hogy a jelen Biztosított Nyilatkozatban feltüntetett e-mail címem megváltozását a Biztosító felé haladéktalanul bejelentem;
- viii. elfogadom, hogy a Biztosítót nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció saját hibámból vagy az én érdekkörömben felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve elmulasztottam bejelenteni az e-mail címem megváltozását.

6. Alulírott Biztosított kijelentem, hogy

- i. a Biztosító szolgáltatásának korlátozására vonatkozó rendelkezéseket, a Biztosító mentesülésének szabályait, valamint az alkalmazott kizárásokat a Biztosítási Feltételekben elolvastam és ezeket kifejezetten is tudomásul veszem, és a jelen Biztosított Nyilatkozatom ezek ismeretében teszem meg;
- ii. a jelen Biztosított Nyilatkozatban tett nyilatkozataim megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a Biztosító mentesülhet a szolgáltatás kifizetése alól.

Dátum (év, hó, nap):

Aláírás:

Kitöltése nem kötelező!

Tudomásul veszem, hogy a NN Biztosító Zrt. (1068 Budapest, Dózsa György út 84/B, Cg.: 01-10-041574, a továbbiakban Biztosító) által a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott csoportos élet- baleset - és egészségbiztosításhoz kapcsolódó díjmentes asszisztencia szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályok szerint biztosított asszisztencia szolgáltatást csak abban az esetben vehetem igénybe, ha a Biztosító a biztosítási titoknak minősülő adataimat átadja a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft Hungary Kft-nek (1092 Budapest, Köztelek u. 6., Cg.: 01-09-864388, a továbbiakban: Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft). Ennek tudatában az asszisztencia szolgáltatásokat igénybe kívánom venni, ezért az alábbi nyilatkozatokat teszem:

Alulírott Biztosított, érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott csoportos élet- baleset- és egészségbiztosításhoz kapcsolódó díjmentes asszisztencia szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályokat és az Asszisztencia Adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) megismertem, 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.

Tudomással 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 abban az esetben 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. A hozzájárulás visszavonása nem érinti az azt megelőzően végzett adatkezelés jogszerűségét. A Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft Hungary Kft adatkezelésére a www.teladoc.hu oldalon elérhető tájékoztató vonatkozik.

Az Adatvédelmi tájékoztató birtokában és ismeretében, az abban megadott tájékoztatáson alapuló alábbi konkrét adatkezelési nyilatkozatokat és hozzájárulásokat teszem.

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:

Kérjük, a jelölőlőköreket kitölteni! Amennyiben bármely jelölőkör üresen marad, az asszisztencia szolgáltatás igénybevételére nincs lehetőség.

- ☐ a Biztosító a csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatban általa kezelt adataimat (tagi azonosító, Biztosított neve, születési dátuma, anyja neve, lakcíme, biztosított csomag kódja) nyilvántartsa visszavonásomig, de legfeljebb a csoportos biztosítási szerződés megszűnését követő 10 évig.
- ☐ a Biztosító a létrejött Csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatban általa kezelt adataimat (Biztosított neve, születési helye és dátuma, kockázatviselés kezdete és vége, Szerződő neve) átadja a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft részére annak érdekében, hogy a fenti biztosítási szerződés fennállása esetén a Biztosított részére a Biztosító által meghatározott ideig adott, térítésmentes asszisztencia szolgáltatásokat a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft nyújtani tudja.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben visszavonom a jelen nyilatkozatban megadott hozzájárulásomat, a Teladoc Hungary Tanácsadó és Szolgáltató Kft a továbbiakban asszisztencia szolgáltatást nem nyújt, azokat nem leszek jogosult igénybe venni.

Dátum (év, hó, nap):

Aláírás:

--	--	--

--

Kedvezményezett jelölő nyilatkozat

Kitöltése nem kötelező!

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy Kedvezményezett(ek) megadása, módosítása a csoportos biztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételeiben meghatározottak szerint, írásbeli nyilatkozattal történhet a Biztosított által. Kedvezményezett jelölés hiányában a Biztosított halála esetén örököse(i) lesznek jogosultak a szolgáltatás igénylésére.

Kedvezményezett kijelölésekor több Kedvezményezett esetében százalékosan meg kell határozni a jogosultságuk arányát. Ennek hiányában a Biztosító a Kedvezményezettek részére egyenlő arányban teljesíti a biztosítási szolgáltatást.

Alulírott _____ Kiszámloló Egyesület rendes vagy pártoló tagja részére nyújtott csoportos élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés biztosítottja a személyemre vonatkozó alábbi biztosítási fedezetek vonatkozásában a kedvezményezett(ek) személyét az alábbiak szerint kívánom meghatározni:

1. Kedvezményezett

Név: _____
Születési idő: _____
Anyja neve: _____
Állandó lakcím: _____
IRSZ _____ Település _____ Közterület _____ Közterület jellege _____ Házsza

Biztosítási fedezet	Bármely okú halál	Baleseti halál
Részesedés %-ban	_____	_____

2. Kedvezményezett

Név: _____
Születési idő: _____
Anyja neve: _____
Állandó lakcím: _____
IRSZ _____ Település _____ Közterület _____ Közterület jellege _____ Házsza

Biztosítási fedezet	Bármely okú halál	Baleseti halál
Részesedés %-ban	_____	_____

3. Kedvezményezett

Név: _____
Születési idő: _____
Anyja neve: _____
Állandó lakcím: _____
IRSZ _____ Település _____ Közterület _____ Közterület jellege _____ Házsza

Biztosítási fedezet	Bármely okú halál	Baleseti halál
Részesedés %-ban	_____	_____

Dátum (év, hó, nap): _____

Biztosított aláírása: _____

Egészségi nyilatkozat

Kitöltése kötelező! A nyilatkozatot szíveskedjen egyszínű tollal / egy tollal kitölteni!

Biztosított neve:

Születési dátuma:

Adatkezelési hozzájárulás

Alulírott Biztosított, mint érintett kifejezetten és a valóságnak megfelelően nyilatkozom arról, hogy a Kiszámoló Egyesület rendes és pártoló tagjai részére nyújtott kiegészítő baleseti- és egészségbiztosításokkal rendelkező csoportos életbiztosítási szerződés Általános és Különös Biztosítási Feltételei 18. pontjában található adatvédelmi tájékoztatóját (a továbbiakban Adatvédelmi tájékoztató) átvettem, elolvastam és tartalmát megértettem. A jelen nyilatkozat aláírását megelőzően megismert és átvett 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 birtokában és ismeretében, az abban megadott tájékoztatáson alapuló alábbi konkrét adatkezelési nyilatkozatok és hozzájárulásokat teszem. Tudomásul veszem, hogy az adatszolgáltatás elmaradásának következménye az, hogy a biztosított jogviszony nem jön létre, vagy a biztosító nem tud a csoportos biztosítási szerződés szerint szolgáltatni és /vagy a biztosított jogviszony megszűnik; a jogi igények nem előterjeszthetők, nem érvényesíthetők, illetve a jogi igények védelme sérül.

A kezelt adatok köre: (i) a biztosított jogviszony létrejöttéhez, továbbá a kockázat Biztosító általi megítéléshez szükséges adatok, amelyeket a biztosított nyilatkozat, illetve a részét képező egészségi nyilatkozat, a személyes orvosi vizsgálat, továbbá az érintettől készült egyéb egészségügyi dokumentáció tartalmaz; (ii) a szolgáltatáshoz szükséges adatok, amelyeket, a személyes orvosi vizsgálat, valamint az érintettől készült egyéb egészségügyi dokumentáció tartalmaz.

Tudomással 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 csoportos 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 biztosított nyilatkozat érintett általi megtétele, az érintettet terhelő közlési- és változás-bejelentési kötelezettség teljesítése, a biztosítási kockázat Biztosító általi megítélése, biztosított jogviszony létrejötte, fenntartása és a biztosítási szolgáltatás teljesítése céljából addig, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de maximum a csoportos biztosítási szerződés megszűnését (létre nem jött biztosított jogviszony esetén az elutasítását) követő 10 évig az Adatvédelmi tájékoztatóban meghatározottak szerint kezelje.

Kelt:

Biztosított
saját kezű aláírása:

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 biztosított csatlakozási nyilatkozatom elbírálása, a csoportos 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
saját kezű aláírása:

Fontos információ

Minél több információt szolgáltat egészségi állapotáról, illetve a korábbi kezelésekről, beavatkozásokról, annál hatékonyabb lehet az elbírálás folyamata, és annál megalapozottabb döntés születik. Felhívjuk figyelmét arra is, hogy az irányadó jogszabály szerint Önt közlési kötelezettség terheli, amelynek a biztosítási ajánlatban és a jelen egészségi nyilatkozatban feltett kérdésekre teljes körűen és hiánytalanul, a valóságnak megfelelően megadott válaszaival, valamint az itt meghatározott dokumentumok becsatolásával tesz eleget. Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a valótlan adatok közlésének, betegségek elhallgatásának a biztosítási szolgáltatásra, illetve a csoportos biztosítási szerződésre kiható hatása lehet, így például a Biztosító mentesülését vonhatja maga után. Ez esetben a Biztosító nem köteles a biztosítási összeget kifizetni.

Egészségi nyilatkozat

Testméretek: Testmagasság: cm

Testsúly: kg

1. Dohányzik-e, illetve dohányzott-e az elmúlt 12 hónapban?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, jelölje meg a napi mennyiséget:

szál

2. Szenvedett-e az alábbi megbetegedések közül valamelyikben:
szívbetegség, agyvérzés, rákos megbetegedés, hepatitis B
vagy C, HIV pozitivitás (AIDS betegség)?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, melyikben?

3. Szenved-e az alábbi krónikus megbetegedések valamelyikében:
diabetes (cukorbetegség), hypertonia (magasvérnyomás-betegség),
vese-, illetve májbetegség, ideg-, illetve elmebetegség, sclerosis
multiplex, zsíryanycsere- betegség (magas koleszterinszint),
illetve volt-e öngyilkossági kísérlete?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, melyik a felsoroltak közül?

4. Volt-e az elmúlt 2 évben 2 hétnél hosszabban tartó gyógyszeres
kezelése?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor, milyen gyógyszert szedett és milyen okból?

Jelenleg szed-e rendszeresen gyógyszert? Ha igen, mit és milyen okból?

5. Volt-e az elmúlt 5 évben műtétje, kórházi vagy szanatóriumi
kezelése, baleseti ellátása?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor, milyen okból?

Szült-e császármetszéssel?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor?

Terveznek-e Önnél a közeljövőben kivizsgálást, műtétet,
illetve jelenleg folyamatban van-e kivizsgálása?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, milyen okból?

6. Volt-e az elmúlt 2 évben 2 hetet meghaladóan táppénzes állományban?

☐ Igen

☐ Nem

Állt-e munkaképesség-csökkenés vagy össz-szervezeti
egészségkárosodás mértékének megállapítása miatt szakhatóság
orvosi bizottsága/szakértői bizottsága előtt?

☐ Igen

☐ Nem

Ha igen, mikor és milyen betegség miatt?

Ha a fenti kérdésekben felsoroltak közül bármelyikre adott válasza igen, kérjük a betegséget megjelölni, annak idejét, illetve a kezelést részletezni, az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat (kórházi zárójelentés, szakorvosi leletek stb.) mellékelni.

