

Biztosítotti nyilatkozat

kollektív munkáltatói és sportolói élet-, baleset- és egészségbiztosításhoz



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

Szerződő adatai

Név:
 Székhely:
 Adószám: Cégjegyzék/nyilvántartási szám:

Biztosított adatai

Csoportnév: Csoportszám:
 Biztosított neve:
 Születési hely és idő:
 Anyja születési neve:
 Állandó lakcím:
 Levelezési név:

- Kérem a fentiekben megjelölt szerződő és a Generali Biztosító Zrt. (Székhely: 1066 Budapest, Teréz krt. 42–44.), mint biztosító között létrejött Pajzs kollektív élet-, baleset- és egészségbiztosítási szerződés hatályának reám, mint biztosítottra való kiterjesztését.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító 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.

Alulírott tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

A biztosított halála esetére szóló kedvezményezett jelölés

Alulírott biztosított úgy nyilatkozom, hogy halálom esetén a Generali Biztosító Zrt. a fentiekben megjelölt Pajzs biztosítási szerződés alapján létrejött biztosítotti jogviszonyom halálom esetére vonatkozó biztosításának szolgáltatását/szolgáltatásait az alábbi kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.¹

(1) Név: Adóazonosító jel²:
 Anyja születési neve²:
 Születési hely és idő²:
 Adószám³: Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám³:
 Címe: Részarány (%):

(2) Név: Adóazonosító jel²:
 Anyja születési neve²:
 Születési hely és idő²:
 Adószám³: Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám³:
 Címe: Részarány (%):

¹ Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított halála esetén kedvezményezett a biztosított örököse(i).

² Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.

³ Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződővel.

Kelt:

.....
 Szerződő aláírása
 (csak abban az esetben szükséges, ha
 a szerződő is kedvezményezett)

.....
 Biztosított aláírása
 (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú
 biztosított esetén törvényes képviselő – szülő,
 gyám vagy gondnok – aláírása)

Kedvezményezett jelölés a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások vonatkozásában

Alulírott biztosított úgy nyilatkozom, hogy a Generali Biztosító Zrt. a fentiekben megjelölt Pajzs biztosítási szerződés alapján létrejött biztosított jogviszonyom alapján az életemben esedékes biztosítási szolgáltatás(oka)t az alábbi, általam megjelölt kedvezményezett(ek) részére, a megadott részarányban teljesítse.⁴

(1) Név: Adóazonosító jel²:

Anyja születési neve²:

Születési hely és idő²:

Adószám³: Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám³:

Címe: Részarány (%):

(2) Név: Adóazonosító jel²:

Anyja születési neve²:

Születési hely és idő²:

Adószám³: Szerződő cégjegyzék/nyilvántartási szám³:

Címe: Részarány (%):

¹ Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított halála esetén kedvezményezett a biztosított örököse(i).

² Abban az esetben kell kitölteni, ha a kedvezményezett magánszemély.

³ Abban az esetben kell kitölteni, ha cég a kedvezményezett, de nem egyezik meg a szerződővel.

⁴ Jelen nyilatkozat kitöltésének hiányában a biztosított életében esedékes biztosítási szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított.

A szerződő és a biztosított megállapodnak, hogy további kedvezményezett jelöléshez és módosításhoz a szerződő írásbeli hozzájárulása szükséges, amennyiben a biztosított a szerződőt kedvezményezettként jelölte meg.

..... Kelt Szerződő aláírása (csak abban az esetben szükséges, ha a szerződő is kedvezményezett) Biztosított aláírása (kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)
---------------	---	---

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

Biztosított adatai

Csoportnév: Csoportszám:

Biztosított neve:

Születési hely és idő:

Állandó lakcím:

- Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt 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. 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 biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve 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 – 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 titkok 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. 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.

Kelt:

.....
Biztosított aláírása
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

Tanú 1.

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2.

Név:

Lakcím:

Aláírás: