

Szerződésszám:
Káraktszám:

Szolgáltatási igénybejelentő baleset-biztosításhoz Balesetből eredő sérülés, rokkantság, halál, műtét, munkaképtelenség, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés esetén szolgáltatás igénylésére

Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet, illetve válaszoljon a kipontozott helyekre szöveggel! Mellékelje kórházi zárójelentéseit és orvosi leleteit is!

1. A szerződő neve:
2. Lakcíme:
- A biztosított adatai:**
3. Neve (nőknél leánykori neve is):
4. Születési hely, idő:,évhónap
5. Anyja neve:
6. Személyi igazolványának száma: Tel./fax:
7. Halotti anyakönyvi kivonat száma:
8. Lakcíme:
9. Munkahelye (tanulóknál az iskola neve):
10. Foglalkozása/munkaköre: taj-száma:
11. Kiskorú biztosított esetén a szülő, gondviselő neve és lakcíme:
12. Táppénzjogosult-e?nem igen
13. A baleset ideje:évhónapóra, helye:
leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte?):
14. A halál ideje:évhónapóra, helye:
15. Volt-e rendőri intézkedés?nem igen
Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el?
16. Történt-e a balesettel kapcsolatban alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat?nem igen
Ha igen, hol történt, és ki végezte?
.....(Az alkoholvizsgálat leletét szíveskedjék mellékelni.)
17. A jelen balesettel kapcsolatban mikor és hol kezelték először?
18. A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja:évhónap
utolsó napja:évhónap
A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés:nem igen , műtét:nem igen
Ha igen, szíveskedjék közölni az intézmény nevét és címét:
19. Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészben?nem igen
Ha igen, mikor és milyen sérülés érte?
- 20. Sportbaleset-biztosítás esetén kell kitölteni!**
A sportegyesület neve és székhelye:
- A baleset edzés vagy mérkőzés közben történt? Ha mérkőzés közben: barátságos bajnoki kupa
válogatott nemzetközi ?
Sportbaleset esetén a sportkörnek (egyesületnek) a fent jelölt balesetet igazoló aláírása és bélyegzője:
.....
21. Történt-e kedvezményezettmegnevezés?nem igen
Ha igen, akkor a kedvezményezett:magánszemély jogi személy

A.) Magánszemély kedvezményezett, illetve kijelölt kedvezményezett hiányában a szolgáltatásra jogosult egyéb magánszemély (pl. örökös) esetén kitöltendő

Kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult neve:
Leánykori neve: Telefonszáma:
Előző neve (névváltozás esetén): Állampolgársága:
Születési helye és ideje:,évhó.....nap
Anyja leánykori neve:
Lakcíme:
Személyi igazolvány száma:
Okmányt kiállító hatóság megnevezése, betűjele:
Azonosító okmány száma*: Típusa*:

B.) Jogi személy kedvezményezett esetén kitöltendő

Kedvezményezett neve és rövidített neve:
Székhelye:
Telephelye, fióktelep helye:
Fő tevékenységi köre:
Azonosító okmány száma, és az azt kiadó ország megjelölése:
Képviselőre jogosultak neve, lakóhelye, személyi igazolvány száma, beosztása:
Kézbiztosított neve, lakóhelye, személyi igazolvány száma:**
Milyen szerződéses kapcsolatban áll társaságunkkal:

22. A szolgáltatás teljesítésének helye (cím, számlaszám):

Megjegyzés * Kitöltése akkor szükséges, ha a magánszemély érvényes személyi igazolvánnyal nem rendelkezik.

**Kitöltése külföldi jogi személy esetén szükséges.

Alulírott kedvezményezett tudomásul veszem az alábbi, személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást.

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható. A személyes adat biztosítási titoknak minősül.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási ajánlaton rögzített egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit.) értelmében az Ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Amennyiben a személyes adat az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozik, úgy az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, a különleges adat kizárólag az Ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető.

Az adatkezelés időtartama: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító mint adatkezelő az adatok feldolgozásával leányvállalatát, a Hungária Biztosító Számítástechnikai Kft.-t (Cg. 01–09–069554, 1553 Budapest, Pf. 40.) bízta meg, amely szervezet az adatokat nyilvántartja. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez igénybevett – posta útján történő utalás vagy banki átutalás esetén – a Magyar Posta Rt. és a jogosult által megnevezett bank adatfeldolgozóknak minősül.

A biztosító és az ügynöke, illetve megbízottja tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződéses adatokat) – a jogszabályban meghatározott eseteket kivéve – csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyfélől vagy annak törvényes képviselőjétől a kiszolgáltatható titokkört megjelölve írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, amennyiben jogszabály alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során biztosítási titoknak minősülő adatokat bocsát a jogszabályban meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a szolgáltatás nyújtásához a megbízott speciális szakértelmére van szükség. A kiszervezett biztosítási tevékenységet végző megbízott személyes adatokat kezel és a törvény alapján titoktartásra kötelezett.

A biztosító ügyfele saját személyes, nyilvántartott illetve továbbított adatairól – a hivatkozott törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kapni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában módosítja.

A biztosító és ügynöke a személyes adatokat a biztosítási, illetve megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási és megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító és ügynöke köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az ügyfél jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni és az ügyfelet írásban tájékoztatni.

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

1. Alulírott biztosított / kedvezményezett jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Biztosító Rt.

- a) a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.
- b) a **szolgáltatás elbírálásához** és a **kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.
- c) a **jelen kár-, és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a rendőrségi, az ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

2. Alulírott biztosított önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve, akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződésszámú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Biztosító Rt-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Rt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi orvosi, valamint ezen szervek személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Biztosító Rt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Rt. ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

.....
.....

Kelt,év.....hó.....nap

.....
a biztosított saját kezű aláírása

.....
a kedvezményezett saját kezű aláírása

Orvosi bizonyítvány		
Lehetőleg a sérülést első ízben ellátó orvos (gyógyintézet) töltse ki.		
Az orvos neve és címe:.....		
Sor- szám	Kérdések	Feleletek (magyar szakkifejezésekkel, olvashatóan töltendő ki)
1.	Miben áll a vizsgálatkori lelet? (pontos, mindenre kiterjedő leírást kérünk, a baleset már meglévő következményeiről is):	
2.	Az esetleges röntgenlelet szó szerinti szövege:	
3.	A sérülés baleseti eredete a vizsgálat alapján kétségtelenül megállapítható-e?	
4.	A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt?	
5.	A sérült a baleset előtt szenvedett-e olyan szellemi vagy testi fogyatkozásban, amely: a) hozzájárult a baleset előidézéséhez? b) súlyosbítja a baleset által előidézett egészségromlást? Ha igen, szíveskedjék részletes leírást adni!	
6.	Melyek a balesetnek: a) a már meglévő következményei? b) a valószínűleg várható következményei? c) várható gyógytartama?	
7.	Az esetleges kórházi (gyógyintézeti) ápolás helye és ideje:	Gyógyintézet neve: címe:.....év.....hó.....-tólév.....hó.....-ig
8.	A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja utolsó napjaév.....hó.....napév.....hó.....nap
9.	Ha nem jogosult táppénzre, a folyamatos munkaképtelenség első napja utolsó napjaév.....hó.....napév.....hó.....nap
10.	Mióta kezeli Ön a sérültet?év.....hó.....nap-tól
11.	Miben áll a kezelés?	
12.	Ittas volt-e a sérült a baleset időpontjában? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Történt-e véralkohol-vizsgálat? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Ha igen, mi az eredménye?	
13.	Vannak-e még erre a balesetre vagy a gyógyfolyamatra vonatkozó észrevételei?	
14.	Baleset okozta halálnál annak oka, neme és időpontja:	
Kelt:		
P. H.	 a kezelőorvos aláírása