

Szerződésszám: \_\_\_\_\_

## Poggyászbiztosítási igénybejelentő

Kárszám: \_\_\_\_\_

Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X-jellet, illetve válaszoljon a kipontozott helyekre szöveggel!

<p>1. A biztosított adatai</p>	<p>Családi és utóneve: _____</p> <p>Születés kori neve: <sup>1</sup> _____</p> <p>Anyja leánykori neve: _____</p> <p>Születési helye: _____ Ideje: _____ év _____ hó _____ nap</p> <p>Lakcíme: _____</p> <p>Állampolgársága: _____ Telefonszáma: <sup>2</sup> _____ / _____</p> <p>Az azonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Útleveél <input type="checkbox"/> Kártyás vezetői engedély<sup>3</sup></p> <p>Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____</p>	
<p>2. Kiskorú biztosított esetén a szülő, gondviselő adatai</p>	<p>Neve: _____</p> <p>Lakcíme: _____</p> <p>Személyi igazolványának /útleveleének száma: _____</p>	
<p>3. Az utazás jellege</p>	<p><input type="checkbox"/> egyéni</p> <p><input type="checkbox"/> társas</p>	<p><input type="checkbox"/> látogató</p> <p><input type="checkbox"/> szolgálati /napidíjas.</p> <p>A kiküldő szerv megnevezése: _____</p> <p>címe: _____</p>
<p>4. A kinttartózkodás időtartama</p>	<p>_____ év _____ hó _____ naptól*</p> <p>_____ év _____ hó _____ napig</p> <p>*A bankkártyás utasbiztosítások, valamint Global II. és Global Premium II. bérletes igénybevétele esetén a kiutazás dátumát hivatalos dokumentummal igazolni kell, ezért kérjük, hogy azt az igénybejelentéséhez szíveskedjék csatolni.</p>	
<p>5. A biztosítási esemény bekövetkezésének helye,</p> <p>Ideje:</p>	<p>ország: _____</p> <p>helység: _____</p> <p>_____ év _____ hó _____ nap</p>	
<p><b>6. RÉSZLETES ESEMÉNYLEÍRÁS - KITÖLTÉSE KÖTELEZŐ!</b></p>		
<p>7. A szolgáltatásra jogosult (kiskorú esetén szülő, gondviselő adatai, ha az nem a biztosított.</p>	<p>Családi és utóneve: _____</p> <p>Születés kori neve: <sup>1</sup> _____</p> <p>Anyja leánykori neve: _____</p> <p>Születési helye: _____ Ideje: _____ év _____ hó _____ nap</p> <p>Lakcíme: _____</p> <p>Állampolgársága: _____ Telefonszáma: <sup>2</sup> _____ / _____</p> <p>Az azonosító okmány típusa: <input type="checkbox"/> Személyi igazolvány <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Útleveél <input type="checkbox"/> Kártyás vezetői engedély<sup>3</sup></p> <p>Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____</p>	

Megjegyzés: 1 Előző név, leánykori név, 2 Kitöltése nem kötelező 3 Kizárólag lakcímkártyával együtt



# Tájékoztató

a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

**Személyes adatnak** minősül az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (a 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 biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat az egészségi állapotra, kóros szenvedélyre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében **különleges adatnak** minősül, és az 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 – postai vagy banki átutalás esetén – igénybevett Magyar Posta Zrt. és a jogosult által megnevezett bank\_ adatfeldolgozóinak minősül.

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

A biztosító ügyfele a saját személyes, nyilvántartott, illetve továbbított adatairól – az erre vonatkozó 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 az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan\_ 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

Szerződésszám: \_\_\_\_\_

Szolgáltatási igény: poggyszbiztosítás

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

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott **hozzájárulásomat**, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt.

a) a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

b) a **szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

c) a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

d) a biztosított vagyontárgyam esetleges előzetes káriratait a **jelen kárigényem elbírálásához** beszeresse a társbiztosítóktól.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

2. Alulírott biztosított (kiskorú esetén a szülő, gyám) 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 Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Biztosító Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Biztosító Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

Kelt:....., \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

-----  
a szolgáltatásra jogosult (kiskorú esetén szülő, gyám) saját kezű aláírása

-----  
a biztosított (kiskorú esetén szülő, gyám) saját kezű aláírása

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

<sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.