

ADAT- ÉS TITOKVÉDELMI NYILATKOZAT

Kárszám: _____

Nyilatkozatot tevő érintett, a biztosítási szerződés szerződő félnek nem minősülő **biztosított**jaként, vagy a biztosítási szerződés **kedvezményezett**jeként, vagy a kárbiztosítási szerződés alapján igényt érvényesítő, szerződő félnek és biztosítottnak nem minősülő **jogosult**ként, vagy felelősségbiztosítási szerződés alapján igényt érvényesítő **károsult**ként, **vagy** a fenti személyek **örökös**eként azok helyébe lépő más személy, elhunyt károsult nevében eljáró **hozzátartozó**ként, vagy korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy **törvényes képviselő**jeként kijelentem, hogy a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű tájékoztatót, amely a www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/ oldalon található megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztató ismeretében teszem meg.

A KÁRBAN ÉRINTETT ADATAI:* (Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni)

Neve: _____
Születési neve: _____
Anyja neve: _____
Születési helye, ideje: _____ Jév _____ hó _____ nap
Állandó lakcíme: _____ helység,
_____ Jút/utca, házsám, emelet, ajtó
Személyi igazolvány száma: _____

Alulírott érintett (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselője) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. (biztosító) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése (kárrendezés) céljából a kárrendezéshez szükséges, általam megadott, vagy a kárrendezéssel összefüggésben a biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat (illetve az örökhagyó/elhunyt károsult adatait) kezelje.

Igen** Nem***

Kelt: _____, _____ Jév _____ hó _____ nap _____
az érintett (törvényes képviselője) saját kezű aláírása*

1. Alulírott érintett, illetve az örökhagyó/elhunyt károsult nevében (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a képviselőjében eljáró törvényes képviselője) eljáró érintett a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. a Bit. 149. § (5) bekezdésében meghatározott személyes adataimat (illetve az örökhagyó/elhunyt károsult személyes adatait) a jelen kárigényem elbírálásához beszeresse a másik biztosítótól.

Igen** Nem***

2. Alulírott érintett, illetve az örökhagyó/elhunyt károsult nevében (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a képviselőjében eljáró törvényes képviselője) eljáró érintett önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat (illetve az örökhagyó/elhunyt károsult háziorvosát), a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, a Magyar Államkincstárt (MÁK), a társadalombiztosítási kifizetőhelyet, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, természetgyógyászokat, és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, illetőleg szervezeteket, akik a személyemre (illetve az örökhagyóra/elhunyt károsultra) vonatkozó egészségügyi adatot, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek az Allianz Hungária Zrt.-vel (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.) szemben az őket terhelő titoktartási kötelezettség alól felmentem, és egyúttal meghatalmazom az Allianz Hungária Zrt-t, hogy a fent felsorolt személyek, szervezetek által a rám (illetve az örökhagyóra/elhunyt károsultra) vonatkozó valamennyi személyes, illetőleg különleges adatról tájékoztatást kérjen, ezen nyilvántartásokba, dokumentumokba betekintést nyerjen, valamint az adatokat tartalmazó dokumentumról másolatot igényeljen.

* Kérjük, hogy amennyiben megbízottként, hozzátartozóként, korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselőként tölti ki a jelen nyilatkozatot, saját adatait szíveskedjen a 2. oldal alján megadni.

** Kérjük hozzájárulása esetén az Igen választ szíveskedjék egyértelműen megjelölni.

*** Ha nem járul hozzá, akkor a Nem választ szíveskedjék egyértelműen megjelölni.

Az érintett (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a törvényes képviselője) a jelen nyilatkozatokat csak személyesen jogosult megtenni.

Az alábbi háziiorvosi- és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam (illetve állt az örökhagyó/elhunyt károsult):

Tudomásul veszem, hogy hozzájárulás hiányában a biztosító az igényt/kérelmet/követelést nem tudja elbírálni, annak megalapozottságát nem tudja megállapítani, így ennek hiányában a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

érintett (törvényes képviselője) saját kezű aláírása

a megbízott /hozzátartozó/örökös saját kezű aláírása

Ha nem a sérült a kárigény bejelentője a megbízott, a hozzátartozó, korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén a törvényes képviselő

Neve: _____

Lakcíme: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: _____ / _____