

## UTASBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ – BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS

### Baleset vagy betegség miatt külföldön felmerült költségek költségek bejelentésére

Töltse ki az igénybejelentőt, és nyújtsa be (a szükséges dokumentumokkal együtt) személyesen vagy küldje el postán! Személyes igénybejelentés esetén az Allianz ügyfélkapcsolati pontjairól a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) oldalon a Kapcsolat menüpont alatt tájékozódhat. Postai úton történő igénybejelentés esetén a dokumentumokat a következő címre küldheti: Allianz Hungária Zrt. Operációtámogatási osztály 1387 Budapest, Pf. 11.

Ha segítségre van szüksége az igénybejelentéshez, hívja telefonos ügyfélszolgálatunkat a +36 (1/20/30/70) 421-1-421-es számon, vagy kérjen személyesen segítséget bármely Allianz ügyfélkapcsolati ponton!

#### 1. SZERZŐDŐ ADATAI

Kérjük, hogy töltsse ki a Szerződőre vonatkozó adatokat!

Név: \_\_\_\_\_  
Cím: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | irányítószám, helység,  
\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Bankkártyához kapcsolódó utasbiztosítás esetén, kérjük, hogy jelölje a bankkártyát kibocsátó bankot!

UniCredit Bank  Sberbank  MKB Bank  Egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

#### 2. UTASBIZTOSÍTÁS TÍPUSA

Kérjük, jelölje az utasbiztosítás típusát!

Útitárs utasbiztosítás  Téli Sportok utasbiztosítás  Extrém Sportok utasbiztosítás  Útitárs XL utasbiztosítás  Útitárs Bérlet utasbiztosítás  
 Bankkártyás utasbiztosítás  Üzleti utasbiztosítás  Egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

Kérjük, hogy adja meg a szerződésszámát, ha rendelkezik vele: \_\_\_\_\_

#### 3. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kérjük, hogy töltsse ki a Biztosítottra vonatkozó adatokat! Több biztosított esetén biztosítottanként külön igénybejelentő kitöltése szükséges.

Név: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési dátum: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap Születési hely: \_\_\_\_\_  
Állampolgárság: \_\_\_\_\_  
Cím: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | irányítószám, helység,  
\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | közterület neve, házszám, emelet, ajtó  
E-mail cím: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 4. IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI

Kérjük, hogy töltsse ki az alábbi adatokat is, ha az igénybejelentő eltér a Biztosított személytől, mivel kiskorú vagy elhunyt, illetve meghatalmazottja tesz bejelentést!

Név: \_\_\_\_\_  
Születési dátum: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap Születési hely: \_\_\_\_\_  
Cím: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | irányítószám, helység,  
\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | közterület neve, házszám, emelet, ajtó  
E-mail cím: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. E-MAILBEN TÖRTÉNŐ KOMMUNIKÁCIÓ

Kérjük, jelölje, hogy hozzájárul-e az e-mailben történő kommunikációhoz!

- Igen, hozzájárulok.  
 Nem járulok hozzá, postai úton szeretnék visszajelzést kapni.

## 6. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

Kérjük, hogy válaszolja meg a következő kérdéseket!

Mettől meddig tartózkodott a Biztosított külföldön? \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ naptól \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ napig

Miért volt szükség sürgősségi ellátásra?

- Megbetegedés  
 Krónikus betegség akuttá válása  
 Baleset, testi sérülés

Mikor történt a sürgősségi ellátás? \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Hol történt a sürgősségi ellátás? \_\_\_\_\_ Jország \_\_\_\_\_ helység

Milyen típusú ellátást vett igénybe a Biztosított?  kórházi ellátás  járóbeteg ellátás

Mettől meddig állt a Biztosított kezelés alatt? \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ naptól \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ napig

Milyen panasz tette szükségessé a sürgősségi ellátást? \_\_\_\_\_

Mikor jelentkezett a panasz? \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ napon

Hogyan jutott el a Biztosított orvoshoz?  taxival  mentőautóval  mentőhelikopterrel  saját autóval  gyalog  
 egyéb módon, és pedig: \_\_\_\_\_

Bejelentésre került a sürgősségi ellátás igénybevétele a 24 órás Allianz telefonszolgálaton?  Igen  Nem

Ha igen, mikor történt a bejelentés? \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ napon

Rendelkezik a biztosított érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával? Ha igen, bemutatásra került sürgősségi ellátáskor?

- Igen, és bemutatásra került a sürgősségi ellátáskor.  
 Igen, de nem került bemutatásra a sürgősségi ellátáskor.  
 Nem.

## 7. SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

Kérjük, hogy a biztosítási eseménytől függően nyújtsa be (és jelölje a négyzetben) a szükséges dokumentumokat!

- Meghatalmazás, ha a biztosított meghatalmazottja teszi az igénybejelentést  
 Részletes számla a biztosítási esemény bejelentése kapcsán felmerült telefonköltségről  
 Bankkártyás utasbiztosítás esetén igazolás a kiutazás időpontjáról (pl. repülőjegy)

Sürgősségi ellátás esetén:

- Orvosi dokumentum(ok) a sürgősségi ellátásról  
 Eredeti számla a sürgősségi ellátásról  
 Eredeti számla a sürgősségi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatásokról (pl. mentés, betegszállítás)  
 Eredeti számla a sürgősségi ellátáshoz kapcsolódó egyéb indokolt költségről (pl. utazási költség)  
 Eredeti számla a sürgősségi ellátáshoz kapcsolódó gyógyszerről, gyógyászati segédeszközről

Kórházi ellátás esetén továbbá:

- Kórházi zárójelentés

Magyarországra történő betegszállítás esetén továbbá:

- Eredeti számla a betegszállításról  
 Igazolás arról, hogy az eredeti menetjegyet nem lehetett visszaváltani (tömegközlekedés esetén)

Krónikus betegség akuttá válása esetén továbbá:

- Krónikus betegségre vonatkozó orvosi dokumentum  
 Magyarországi kezelőorvos igazolása arról, hogy az utazást megelőző 12 hónapban nem igényelt kezelést

Téli sportolás esetén továbbá:

- Sürgősségi ellátás miatt nem felhasznált sибérlet megvásárlását igazoló dokumentum  
 Eredeti számla a felkutatás és mentés költségéről  
 Időjárási körülményeket igazoló dokumentum eltűnés esetén

Fakultatív program lemondása esetén továbbá:

- Eredeti számla a programról  
 Igazolás a költség megfizetéséről (nem szükséges, ha a számla tartalmazza)

Külföldi tartózkodás meghosszabbításakor (kórházi ellátás esetén) továbbá:

- Eredeti számla a hazautazás többletköltségéről  
 Eredeti számla a szállodai elhelyezés többletköltségéről  
 Szállodai elhelyezés minőségére vonatkozó dokumentum (amely tartalmazza a szobátípust), ha számla nem tartalmazza  
 Tömegközlekedés esetén igazolás arról, hogy az eredeti menetjegy nem visszatéríthető vagy átfoglalható  
 Gépjárművel történő utazáskor a forgalmi engedély másolata

**Magyarországról történő beteglátogatás esetén továbbá:**

- Eredeti számla az utazási költségről
- Eredeti számla a szállodai költségről
- Gépjárművel történő utazáskor a forgalmi engedély másolata

**Üzemképes gépjármű hazajuttatása esetén (sürgősségi ellátás miatti vezetőképtelenségkor) továbbá:**

- Orvosi dokumentum, amely igazolja a vezetőképtelenséget
- Eredeti számla az utazási költségről
- Eredeti számla a gépjármű hazaszállításáról

**Felügyelet nélkül maradt gyermek Magyarországra szállítása esetén továbbá:**

- Eredeti számla az utazási költségekről

**Helyettesítő munkatárs kiutazása esetén (kórházi ellátáskor) továbbá:**

- Eredeti számla az utazási költségről

**Biztosított eltűnése esetén továbbá:**

- Eredeti számla a kutatás költségéről
- Rendőrségi jegyzőkönyv (sportbaleset esetén nem szükséges)
- Igazolás az időjárási körülményekről (téli sportolás közbeni eltűnés esetén szükséges)

**Biztosított halála esetén továbbá:**

- Eredeti számla a temetési költségekről
- Eredeti számla a földi maradványok Magyarországraállításáról

Mellékletek száma összesen: \_\_\_\_\_db

**Szeretné visszakapni postán a benyújtott eredeti dokumentumokat az elbírálást követően?**

- Igen
- Nem

**8. EMELT BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG**

Kérjük, adja meg a következő adatokat, ha egyénileg köthető utasbiztosítást<sup>1</sup> vásárolt, és rendelkezik az alábbi szerződések valamelyikével!

- Szerződként rendelkezem folyamatos díjfizetésű Allianz élet-, gépjármű- vagy lakásbiztosítással, melynek a szerződésszáma: \_\_\_\_\_
- UniCredit Bank Hungary Zrt.-nél vezetem a számlámat, melynek száma: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_
- Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztár tagja vagyok, a pénztártag azonosító számom: \_\_\_\_\_

**9. TOVÁBBI INFORMÁCIÓ**

Kérjük, hogy itt jelezze, ha további információt szeretne megadni!

**10. UTALÁSI RENDELKEZÉS**

Kérjük, jelölje, hogy milyen módon kéri a szolgáltatási összeg kifizetését!

- A szolgáltatási összeg kifizetését átutalással kérem az alábbi bankszámlaszámra.  
Bankszámlát vezető bank neve: \_\_\_\_\_  
Bankszámla tulajdonosának neve: \_\_\_\_\_  
Bankszámla száma: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_
- A szolgáltatási összeg kifizetését postai úton kérem az alábbi névre és címre.  
Címzett neve: \_\_\_\_\_  
Cím: \_\_\_\_\_ irányítószám, helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Biztosított/szolgáltatásra jogosult aláírása

<sup>1</sup> Útitárs, Téli Sportok, Extrém Sportok, Útitárs XL és Útitárs Bérlet utasbiztosítások, illetve Útitárs EEK kiegészítő és Útitárs BK kiegészítő utasbiztosítások esetén.

## 11. NYILATKOZATOK

**Alulírott biztosított/szolgáltatásra jogosult önként és határozottan a következő nyilatkozatokat teszem:**

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az igénybejelentőn megadott adatok a valóságnak megfelelnek.
2. Kijelentem, hogy a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű nyomtatvány tartalmát megismertem és tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a nyomtatványban található tájékoztatás ismeretében teszem meg.
3. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a kárrendezéshez szükséges, általam megadott, vagy a kárrendezéssel összefüggésben a biztosító tudomására jutott személyes adataimat adatnak minősülő egészségügyi adataimat (illetve az elhunyt károsult adatait) kezelje.
4. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a jelen kárigénnyel kapcsolatban a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi, ügyészségi, bírósági és más hatósági iratokba betekintést nyerjen, azokról másolatot kapjon.
5. Kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, illetve szervezeteket amelyek, illetve akik eddig

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

## 12. TÁJÉKOZTATÁS A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL

Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatót az adatkezelő személyére, az adatkezelés jogalapjára, a kezelt adatokra, az adatkezelés időtartamára, az adatfeldolgozókra, az érintettek által gyakorolható jogokra és a jogorvoslatra vonatkozóan a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű nyomtatvány tartalmazza. A nyomtatvány megtalálható a <https://www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html> oldalon, illetve elérhető a biztosító üzletkötőinél és az ügyfélkapcsolati pontokon. A biztosító, mint adatkezelő a biztosítási szerződés alapján benyújtott szolgáltatási igény elbírálásával és teljesítésével (kárrendezés) összefüggésben az igényt előterjesztő ügyfelei, azaz a szerződő fél, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult, vagy a fenti személyek örököséiként, azok helyébe lépő más személy, mint a biztosító adatkezelésével érintett természetes személyek (érintett) személyes adatait kezeli. A biztosító a szerződő fél különleges személyes adatnak (egészségügyi adatnak) nem minősülő adatait a szerződéses jogviszony alapján, a szerződés teljesítése érdekében kezeli, a többi érintett (biztosított, kedvezményezett, károsult, szolgáltatásra jogosult személy, örökösök) különleges személyes adatnak (egészségügyi adatnak) nem minősülő adatait pedig a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi

kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), Magyar Államkincstárt, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződésszámú biztosítással kapcsolatban a biztosítóval szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

Felhatalmazásom a felsorolt szervek, illetve személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyemre vonatkozó egészségügyi, és a gyógykezeléseimmel összefüggő adatokra vonatkozik.

6. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító – a biztosítási szerződés hatálya alatt, illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben, és a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából – betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi dokumentumba, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentumba, illetve nyilvántartásba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. Hozzájárulok ezen orvosi dokumentumokban, és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentumban, illetve nyilvántartásban szereplő adatoknak a biztosító részére történő továbbításához, valamint ahhoz, hogy ezekről a biztosító másolatot kapjon.

7. Tudomásul veszem, hogy hozzájárulás hiányában a biztosító az igényt nem tudja elbírálni, annak megalapozottságát nem tudja megállapítani, melynek hiányában a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

\_\_\_\_\_  
Biztosított/szolgáltatásra jogosult aláírása

LXXXVIII. törvényben (Bit.) foglalt kötelezettség teljesítése érdekében, az abban meghatározott célból kezeli. A biztosító az adatkezeléssel érintettek különleges személyes adatait, így különösen az egészségügyi állapotukkal összefüggő adataikat az érintett által adott írásbeli hozzájárulás alapján, vagy ha az érintett fizikai vagy jogi cselekvőképtelensége folytán nem képes a hozzájárulását megadni, az érintett vagy más természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme érdekében kezeli. A biztosító az adatkezelés során adatfeldolgozókat vesz igénybe. Tájékoztatjuk, hogy ha az adatkezelés az érintett hozzájárulásán alapul, az érintett jogosult a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét. Felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a kárrendezéshez szükséges adatokkal kapcsolatban megadott hozzájárulás visszavonása, vagy a hozzájárulás megtagadása esetén a biztosító a kárrendezési eljárást nem tudja lefolytatni, és ebben az esetben a szolgáltatás nyújtását elutasíthatja. Az érintett kérelmezheti a biztosítótól a biztosító által kezelt személyes adataihoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését vagy kezelésének, korlátozását, és tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen, gyakorolhatja adathordozhatósághoz való jogát, valamint jogorvoslattal élhet.