

## SZEMÉLYSÉRÜLTEK KÁRBEJELENTÉSI ADATLAPJA

(a gépjárművek kötelező felelősségbiztosítása alapján történő kárrendezéshez)

A baleset ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc  
 A baleset helye: \_\_\_\_\_ ország \_\_\_\_\_ város/település,  
 \_\_\_\_\_ út/utca \_\_\_\_\_ hsz./hrsz.  
 Lakott területen kívül: \_\_\_\_\_ út \_\_\_\_\_ km

A sérült (elhunyt) neve (Születési név is): \_\_\_\_\_  
 Születési helye: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
 Anyja neve: \_\_\_\_\_  
 Állampolgársága: \_\_\_\_\_ Személyi igazolványának száma: \_\_\_\_\_  
 Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail címe<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
 \_\_\_\_\_ út/utca, házszám, emelet, ajtó  
 Bankszámlaszáma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. Az e-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a kárrendezés során az Allianz Hungária Zrt. az értesítéseket, tájékoztatásokat e-mail-en (nyílt levelezési rendszeren keresztül) küldje meg. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztató és szabályok a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) honlapon találhatóak.

A sérült (elhunyt) személy balesetben való részvételének minősége:  gyalogos  utas  gépjárművezető  
 A sérülés jellege:  könnyű  súlyos  halálos  
 A baleset üzemi baleset volt?  igen  nem  
 Ha a sérült utas vagy gépjárművezető, a biztonsági öve a baleset időpontjában be volt-e kapcsolva?  igen  nem  
 A sérültet kórházba szállították a balesetet követően?  igen  nem  
 A \_\_\_\_\_ kórházba/klinikára.

## A balesetben részt vevő gépjármű(vek):

forgalmi rendszám: \_\_\_\_\_ típus: \_\_\_\_\_ szín: \_\_\_\_\_  
 forgalmi rendszám: \_\_\_\_\_ típus: \_\_\_\_\_ szín: \_\_\_\_\_  
 Rendőri intézkedés történt?  igen  nem \_\_\_\_\_  
 Rendőrkapitányság

## A baleset körülményeinek, okának rövid ismertetése:

---



---



---



---

A következő rovatot abban az esetben kell kitölteni, ha keresetvesztésig térítését is kéri (ebből személyijövedelemadó-előleget kell levonni):

Neve: \_\_\_\_\_  
 Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_ (a NAV-adóigazolványról)  
 Társadalombiztosítási azonosító jele: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (TAJ-száma az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kiadott hatósági bizonyítványról)

## NYILATKOZAT

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** cselekvőképességében részlegesen korlátozott /cselekvőképtelen személy **törvényes képviselő**jeként (gondnokaként) kijelentem, hogy a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű tájékoztatót, amely a [www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/](http://www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/) oldalon található megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést, egészséget károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam.  igen  nem

1. Alulírott érintett (cselekvőképességében részlegesen korlátozott/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselője, gondnoka) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

- a) a biztosítási kártérítés elbírálása és teljesítése céljából a kárrendezéshez szükséges, általam megadott, vagy a kárrendezéssel összefüggésben a biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat (illetve az örökgyógyó/elhunyt károsult adatait) kezelje.<sup>1</sup>  igen  nem<sup>2</sup>
- b) a kártérítés elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges engedélyeimről fénymásolatot készítsen.  igen  nem<sup>2</sup>
- c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.<sup>1</sup>  igen  nem<sup>2</sup>

2. Alulírott érintett, illetve az örökgyógyó/elhunyt károsult nevében (cselekvőképességében részlegesen korlátozott/cselekvőképtelen személy esetén a képviselőjében eljáró törvényes képviselője, gondnoka) 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 örökgyógyó/elhunyt károsult személyes adatait) a jelen kárigényem elbírálásához beszerezze a másik biztosítótól.  igen  nem<sup>2</sup>

3. Alulírott érintett, illetve az örökgyógyó/elhunyt károsult nevében (cselekvőképességében részlegesen korlátozott/cselekvőképtelen személy esetén a képviselőjében eljáró törvényes képviselője, gondnoka) eljáró érintett önként és határozottan kijelentem, hogy a házi orvosomat, (illetve az örökgyógyó/elhunyt károsult házi orvosát) a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, 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 örökgyógyóra/elhunyt károsultra) vonatkozó egészségügyi adatokat, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartási kötelezettség alól felmentem, és egyúttal meghatalmazom az Allianz Hungária Zrt.-t, hogy a fent felsorolt személyek, szervezetek által rám (illetve az örökgyógyóra/elhunyt károsultra) vonatkozó valamennyi személyes, illetőleg különleges adatról tájékoztatót, valamint az adatokat tartalmazó dokumentumokról másolatot kérjen, illetőleg ezen nyilvántartásokba, dokumentumokba betekintést nyerjen.<sup>1</sup> Az alábbi házi orvosi- és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam (illetve állt az örökgyógyó/elhunyt károsult):

4. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a kártérítési igény elbírálása céljából az Allianz Hungária Zrt. az általa kezelt személyes és különleges adataimat orvos szakértő részére továbbítsa.<sup>1</sup>

Házi orvosom neve: \_\_\_\_\_  
címe: \_\_\_\_\_

5. Alulírott károsult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. jelen káreseménnyel kapcsolatos adatokat továbbíthassa a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás alapján a kár rendezésére illetékes biztosító, illetve a MABISZ ESZE részére.

Amennyiben nem a károsult a kártérítési igény bejelentője,  kiskorú esetén a szülő, gyám;  cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében részlegesen korlátozott nagykorú esetén gondnoka (a megfelelő x-el jelölendő)

Neve: \_\_\_\_\_  
Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail címe<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatokat csak a sérült személy jogosult megtenni. Kiskorú esetén a törvényes képviselőt ellátó személy (szülő, gyám), cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében részlegesen korlátozott nagykorú esetén gondnoka járhat el.

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

\_\_\_\_\_ a károsult (kiskorú esetén szülő, gyám) saját kezű aláírása

\_\_\_\_\_ cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében részlegesen korlátozott nagykorú esetén gondnoka saját kezű aláírása

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az  igen rovatot szíveskedjék kitölteni, ellenkező esetben a  nem rovatot szíveskedjék kitölteni.

<sup>3</sup> Az e-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a kárrendezés során az Allianz Hungária Zrt. az értesítéseket, tájékoztatásokat e-mail-en (nyílt levelezési rendszeren keresztül) küldje meg. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztató és szabályok a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) honlapon találhatóak.

## TISZTELT ÜGYFELÜNK!

A kárbejelentési adatlap a bel- és külföldi forgalmi rendszámú gépjárművek által okozott személyesérüléses vagy halálos kimenetelű balesetek bejelentésére szolgál. Az ilyen jellegű balesetekkel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókról az alábbi tájékoztatást adjuk. Az Allianz Hungária Zrt. a gépjárművek kötelező felelősségbiztosítása alapján azokat a károkat téríti meg közvetlenül a károsultnak, amelyekért a gépjármű üzemben tartója (vezetője) a magyar jog szerint felelősséggel tartozik, és társaságunk kezeli a károkozó ezen biztosítását. A kárbejelentési adatlap pontos kitöltéséhez szíves közreműködését kérjük annak érdekében, hogy kárügyét az Ön megaláztatására rendezhessük. Az eredményes kapcsolat felvételhez az esetleges adathiányok pótlása érdekében szükségünk van az Ön vagy megbízottja pontos címére és elérhetőségére. A balesettel összefüggő kártérítési igényét szíveskedjék írásban tételesen rögzíteni, összegszerűen is megjelölni, és Társaságunk rendelkezésére bocsátani a birtokába került orvosi, kórházi, egyéb hivatalos vagy hatósági iratokkal, bizonylatokkal együtt.

Reméljük, hogy tájékoztatásunkkal segítségére lehettünk.

Tisztelettel:

Allianz Hungária Zrt.

---

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az Ön által benyújtott kártérítési igény nyilvántartásba vétele nem jelenti igényének elismerését tekintettel arra, hogy az elbíráláshoz a kárügy további vizsgálata szükséges.

---

Érkezett: \_\_\_\_\_ helység, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

\_\_\_\_\_  
az átvevő neve