

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 címe¹: _____ @ _____
 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 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/adatvedelem 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

Alulírott érintett (cselekvőképességében részlegesen korlátozott/cselekvőképtelen személy esetén törvényes képviselője, gondnoka) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és kifejezett 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 örökhangyó/elhunyt károsult adatait) kezelje.¹ igen nem²
- b) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.¹ igen nem²

Tudomásul veszem, hogy jogosult vagyok a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni, amely nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét.

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 címe³: _____ @ _____

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

TISZTELT ÜGYFELÜNK!

A kárbejelentési adatlap a bel- és külföldi forgalmi rendszámú gépjárművek által okozott személysérüléses 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 megelégedésére 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 lehetünk.

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

¹ 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.

² Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni, ellenkező esetben a nem rovatot szíveskedjék kitölteni.

³ Az e-mail címem 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 honlapon találhatóak.