

## UTASBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ – BALESET-BIZTOSÍTÁS

### Baleseti maradandó egészségkárosodás vagy baleseti halál 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. Operáció Támogatási 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 a biztosítási eseményre vonatkozóan!

Mi történt a Biztosított személlyel?

- Maradandó egészségkárosodás baleset miatt
- Maradandó egészségkárosodás sportbaleset miatt
- Biztosított elhunyt baleset miatt
- Biztosított elhunyt sportbaleset miatt
- Biztosított elhunyt terrorcselekmény miatt
- Biztosított elhunyt légi katasztrófa miatt

Mikor történt a baleset? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Hol történt a baleset? \_\_\_\_\_ ország \_\_\_\_\_ helység

Mi okozta a balesetet?

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

Mikor állapították meg a maradandó egészségkárosodást? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Mikor állapították meg a halált? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

A 24 órás segélyvonalon

Bejelentésre került a baleset?  Igen  Nem

Ha igen, mikor történt a bejelentés? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

## 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)
- Hatósági jegyzőkönyv vagy egyéb hitelt érdemlő igazolás a baleset körülményeiről
- Orvosi dokumentumok a külföldi sürgősségi ellátásról

**Maradandó egészségkárosodás esetén továbbá:**

- Baleseti maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum

**Baleseti halál esetén továbbá:**

- Halotti anyakönyvi kivonat másolata
- Halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata
- Kedvezményezett személyét igazoló jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés

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!

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

## 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

## 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: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

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 – betekintszen 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

## 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

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 cselekvőképzetlensége 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.