

UTASBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ – FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS

Testi sérülés, halál okozása vagy dologi károkozás miatt külföldön felmerült igények 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 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!

A biztosított 30 napon belül köteles a biztosítónak írásban bejelenteni, ha vele szemben kárigényt támasztottak, vagy ha olyan körülményről szerez tudomást, amely ilyen kárigényre adhat alapot.

1. SZERZŐDŐ ADATAI

Kérjük, hogy töltse 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 szerződés számát, ha rendelkezik vele: _____

3. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kérjük, hogy töltse 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 töltse 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!

Kérjük, jelölje, hogy mi történt!

- Dologi károkozás másik személynek sportbaleset miatt
- Szálláshely ingatlanában történt károkozás
- Szálláshely ingóságában történt károkozás
- Testi sérülés okozása másik személynek baleset miatt
- Testi sérülés okozása másik személynek sportbaleset miatt
- Halál okozása másik személynek baleset miatt
- Halál okozása másik személynek sportbaleset miatt

Mikor történt a károkozás? _____ év _____ hónap _____ napon

Hol történt a károkozás? _____ ország _____ helység

Kérjük, hogy írja le az esemény részleteit!

Elismerte a felelősségét az okozott kárért? Igen Nem

A 24 órás segélyvonalon bejelentésre került a károkozás? Igen Nem

Ha igen, mikor történt a bejelentés? _____ év _____ hónap _____ napon

Kérjük, hogy adja meg a sérült személy(ek) nevét!

Kérjük, hogy sorolja fel a sérült tárgya(ka)t és a tulajdonos nevét!

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)
- Kifizetést igazoló dokumentum, ha a biztosított a felmerült költségeket kifizette

Testi sérülés, halál okozása esetén továbbá:

- Igazolás arról, hogy kártérítési igényt támasztottak a biztosítóval szemben
- Baleset körülményeit leíró hatósági jegyzőkönyv/határozat vagy egyéb jegyzőkönyv
- Eredeti számla a sürgősségi ellátásról
- Halál okozása esetén eredeti számla a temetkezési költségről
- Károsult nyilatkozata az egészségügyi adatainak biztosító általi kezeléséhez¹

Szálláshelyi károkozás esetén továbbá:

- Biztosított nevére kiállított eredeti számla

Sportolás közben okozott dologi károkozás esetén továbbá:

- Vagyontárgy sérülését igazoló dokumentum (pl. fénykép)
- Sportbalesetről készült jegyzőkönyv, mely tartalmazza a dologi károkozást

Mellékletek száma összesen: _____ db

¹ Amennyiben testi sérülés történt szükséges a károsult nyilatkozata az egészségügyi adatainak biztosító általi kezeléséhez.

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 utasbiztosítást¹ vásárolt, és rendelkezik az alábbi szerződések valamelyikével!

- Szerződőként 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

Amennyiben a károsult kárát megtérítette, 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

¹ 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 ismertetésében 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 fog-

lalkozó más személyeket, illetve szervezeteket amelyek, illetve akik eddig 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 adatra 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.

Kelt: _____, _____ Jév _____ hónap _____ nap

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 örököseként, 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 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.