

## UTASBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ – POGGYÁSBIZTOSÍTÁS

Útipoggyász sérülésének, eltulajdonításának bejelentésére

Kötvényszám/szerződésszám: \_\_\_\_\_

Kárbejelentéshez töltsse ki a következő adatokat, és nyújtsa be a kitöltött kárbejelentőt személyesen bármely Allianz ügyfélkapcsolati ponton! Az ügyfélkapcsolati pontokról a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) oldalon tájékozódhat. Az ügyintézés elősegítése végett minden adatot töltsön ki! Ha több biztosított is érintett a biztosítási eseményben, biztosítottanként külön kárbejelentőt kell kitölteni.

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

## I. SZERZŐDŐ ADATAI

## Magánszemély szerződő esetén

Családi- és utóneve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

## Jogi személy szerződő esetén

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

## Bankkártyás utasbiztosítás esetén

Bank neve:

 Takarékszövetkezeti Bank Zrt. MKB Bank Zrt. UniCredit Bank Zrt. Egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

Bankkártya utolsó négy számjegye: \_\_\_\_\_

## Üzleti utasbiztosítás vagy egyedi keretnapos utasbiztosítás esetén

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám

## II. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Családi- és utóneve: \_\_\_\_\_

Születési dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Születési helye \_\_\_\_\_

Személyazonosító okmány típusa: \_\_\_\_\_ Azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_

Lakcímkártya száma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó A lakcímem megegyezik a levelezési címmel.Levelezési címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

 Kérjük, jelölje, hogy az e-mail cím megadásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító elektronikus úton kommunikáljon Önnel.

Ha bármely Útitárs, Téli Sportok vagy Extrém Sportok utasbiztosítással rendelkezett, kérjük, adja meg a következő adatot a 10%-kal magasabb szolgáltatási összeg igénybevételéhez!

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

### III. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ (Csak kiskorú biztosított esetén szükséges kitölteni.)

Családi- és utóneve: \_\_\_\_\_

Születési dátuma: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Születési helye \_\_\_\_\_

Személyazonosító okmány típusa: \_\_\_\_\_ Azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_

Lakcímkártya száma: \_\_\_\_\_ Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

A lakcímem megegyezik a levelezési címmel.

Levelezési címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail címe: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Kérjük, jelölje, hogy az e-mail cím megadásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító elektronikus úton kommunikáljon Önnel.

### IV. SZERZŐDÉS ADATAI

Kérjük, válassza ki, hogy milyen biztosítással rendelkezett a külföldi utazása alatt!

- Útitárs utasbiztosítás
- Téli Sportok utasbiztosítás
- Extrém Sportok utasbiztosítás
- Útitárs XL utasbiztosítás
- Útitárs Bérlet utasbiztosítás
- Útitárs BK utasbiztosítás (kiegészítő bankkártyás utasbiztosítás mellé)
- Útitárs EEK utasbiztosítás (kiegészítő Európai Egészségbiztosítási Kártya mellé)
- Üzleti utasbiztosítás (keretnapos utasbiztosítás)
- Bankkártyás utasbiztosítás (bankkártya mellé kapcsolódó utasbiztosítás)
- Egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

Kötvényszám (szerződésszám): \_\_\_\_\_

Nem ismerem a kötvényszámot (szerződésszámot).

Útitárs BK utasbiztosítás esetén a bankkártyás utasbiztosítást nyújtó bank neve: \_\_\_\_\_

### V. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Mettől meddig tartózkodott külföldön? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ naptól \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ napig

Mikor történt a biztosítási esemény? \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Hol történt a biztosítási esemény? \_\_\_\_\_ ország \_\_\_\_\_ helység

Kérjük, válassza ki az alábbi események közül, hogy mi történt a vagyontárgyával!

- Lezárt helyiségből történő lopás
- Lezárt gépjármű csomagtartójából történő lopás
- Rablás
- Úti okmányok eltulajdonítása
- Baleset miatti sérülés
- Fuvarozásra átvett útipoggyász ki nem szolgáltatása<sup>1</sup>
- Elemi csapásból eredő sérülés
- Terrorcselekmény miatti sérülés
- Egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Az utasbiztosítás nem terjed ki a fuvarozásra átvett útipoggyász sérülésére, azt a fuvarozó vállalat felé kell jelezni.



## VII. TOVÁBBI INFORMÁCIÓ

Kérjük, ide írja, ha további információt szeretne megadni a biztosítási esemény kapcsán!

## VIII. MELLÉKLETEK

Kérjük, mellékelje a következő dokumentumokat a zökkenőmentes kárügyintézéshez, és jelölje, melyek azok a dokumentumok, amelyeket a kárbejelentőhöz csatolt!

- Biztosítási kötvény
- Eredeti számla vagy egyéb vásárlás tényét igazoló dokumentum a vagyontárgyról
- Eredeti számla az egyéb indokolt költségekről
- Javítható vagyontárgy esetén eredeti számla a javítási költségről vagy igazolás a nem javíthatóságról
- Rendőrségi jegyzőkönyv
- Rendőrségi határozat
- Eredeti orvosi dokumentumok (személyi sérüléssel baleset esetén)
- Repülőtéri jegyzőkönyv
- Igazolás kiutazás időpontjáról (pl. repülőjegy)

## IX. TÁJÉKOZTATÁS A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRŐL A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY TELJESÍTÉSÉHEZ

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, amely megtalálható a <https://www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/> oldalon, valamint valamennyi a biztosító üzletköztőinél és az ügyfélkapcsolati pontokon.

Az Allianz Hungária Zrt. (Budapest 1087, Könyves Kálmán krt. 48-52.), mint adatkezelő a biztosítási szerződés alapján előterjesztett szolgáltatási vagy kártérítési 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.

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 amennyiben 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.

## X. NYILATKOZATOK

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

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
2. Kijelentem, hogy a „Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés során” megnevezésű nyomtatványt, amely a [www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/](http://www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/) oldalon található, megismertem és tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a nyomtatványban található tájékoztatás ismeretében teszem meg.
3. Alulírott szolgáltatásra jogosult (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén annak törvényes képviselője) hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: 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 örökhagyó/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. Alulírott biztosított kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó 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, továbbá a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából – betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi dokumentációba, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, illetve nyilvántartásba amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.
7. Hozzájárulok ezen orvosi dokumentációkban, és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban, nyilvántartásokban szereplő adatoknak a biztosító részére történő továbbításához, valamint ahhoz, hogy a biztosító betekintsen az orvosi dokumentációkba, illetve a gyógykezeléssel kapcsolatos dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.
8. Tudomásul veszem, hogy hozzájárulás hiányában a biztosító az igényt nem tudja elbírálni, annak megalapozottságát nem tudja megállapítani, így ennek hiányában a szolgáltatás nyújtását megtagadhatja.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ J hó \_\_\_\_\_ J nap

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
Szolgáltatásra jogosult aláírása

## XI. UTALÁSI RENDELKEZÉS

Alulírott biztosított/szolgáltatásra jogosult a biztosítási eseményben érintett vagyontárgyak értékének megtérítését az alábbi módon kérem.<sup>2</sup>

Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését a következő bankszámlaszámra történő átutalással.

Számlát vezető bank neve: \_\_\_\_\_

Bankszámla tulajdonosának neve: \_\_\_\_\_

Bankszámla száma: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi címre

Címzett neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

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

\_\_\_\_\_  
Biztosított aláírása

\_\_\_\_\_  
Szolgáltatásra jogosult aláírása

## XII. ADATEGYEZTETÉS (A biztosító vagy a biztosító képviselője tölti ki.)

A biztosított/szolgáltatásra jogosult aláírását és adatait a személyazonosító okmány és a lakcímkártya alapján személyesen egyeztettem. Igazolom, hogy a kárbejelentést előttem személyesen írta alá.

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

\_\_\_\_\_  
Adategyeztetést végző neve (nyomtatott betűkkel)

\_\_\_\_\_  
Adategyeztetést végző aláírása

\_\_\_\_\_  
Bélyegző

<sup>2</sup> Kérjük, hogy a megfelelő négyzetbe rakjon X-et és töltsse ki az adatokat!