

UTASBIZTOSÍTÁSI IGÉNYBEJELENTŐ – BALESET-BIZTOSÍTÁS

Baleseti halál vagy baleseti maradandó egészségkárosodás bejelentésére

Kötvényszám/szerződésszám: _____

Igénybejelentéshez töltsse ki a következő adatokat, és nyújtsa be a kitöltött igénybejelentőt személyesen bármely Allianz ügyfélkapcsolati ponton! Az ügyfélkapcsolati pontokról a www.allianz.hu oldalon tájékozódhat. Az ügyintézés elősegítése végett minden adatot töltsön ki! Ha több biztosított is érintett a biztosítási eseményben, biztosítottanként külön igénybejelentőt kell kitölteni.

Ha segítségre van szüksége az igénybejelentő 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 lakcím 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 TakaréK Kereskedelmi Bank Zrt.-nél vezetem számlámat, melynek száma: _____-_____-_____
- Az Allianz Hungária Önkéntes Nyugdíjpénztár tagja vagyok, a pénztártag azonosító számom: _____

III. KEDVEZMÉNYEZETT ADATAI (A biztosított halála 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 lakcím megegyezik a levelezési címmel.

Levelezési címe: _____ helység,
_____ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: _____ / _____

E-mail címe: _____ @ _____

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

IV. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ (Kiskorú biztosított vagy kedvezményezett 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 lakcím megegyezik a levelezési címmel.

Levelezési címe: _____ helység,
_____ közterület neve, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: _____ / _____

E-mail címe: _____ @ _____

Kérjük, jelölje, hogy az email cím megadásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító elektronikus úton kommunikáljon.

V. SZERZŐDÉS ADATAI

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

- Útitárs utasbiztosítás
- Útitárs XL utasbiztosítás
- Útitárs Bérlet utasbiztosítás
- Útitárs BK utasbiztosítás (kiegészítő bankkártyás utasbiztosítás mellé)
- Útitárs EEK utasbiztosítás (kiegészítő Európai Egészségbiztosítási Kártya mellé)
- Téli Sportok utasbiztosítás
- Extrém Sportok utasbiztosítás
- 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: _____

VI. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

Kérjük, válassza ki, hogy mi történt a biztosítottal!

- Baleseti eredetű halál
 Légi katasztrófa miatti halál
 Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás

Mettől meddig tartózkodott a biztosított külföldön? _____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig

Mikor történt a baleset? _____ év _____ hó _____ nap

Hol történt a baleset? _____ ország _____ helység

Mi okozta a balesetet? _____

Milyen tevékenység végzése közben történt a baleset? _____

Hol látták el a biztosított sérülését? _____

Milyen szakterületen látták el a biztosítottat? _____

Mettől meddig állt kezelés alatt a biztosított? _____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig

A baleset következményeként keletkezett maradandó egészségkárosodás?

- Igen
 Nem

Ha igen, mikor állapították meg a maradandó egészségkárosodást? _____ év _____ hó _____ nap

Ha elhunyt a biztosított, mikor történt a halála? _____ év _____ hó _____ nap

Kérjük, írja le részletesen, hogy mi történt!

Telefonon bejelentésre került a baleset még a külföldi tartózkodás alatt?

- Igen
 Nem

Mikor történt a bejelentés? _____ év _____ hó _____ nap

VII. TOVÁBBI INFORMÁCIÓ

Ha további információt szeretne megadni a biztosítási eseménnyel kapcsolatban, kérjük ide írja!

VIII. MELLÉKLETEK

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

- Biztosítási kötvény
 Külföldi orvosi dokumentumok a baleset utáni orvosi ellátásról
 Maradandó egészségkárosodást igazoló dokumentum
 Hatósági jegyzőkönyv vagy egyéb igazolás a balesetről
 Hatósági határozat (ha balesettel kapcsolatban eljárás indult)
 Igazolás a kiutazás időpontjáról (bankkártyás vagy Útitárs Bérlet utasbiztosítás esetén)

A biztosított halála esetén továbbá:

- Halotti anyakönyvi kivonat
 Halottvizsgálati bizonyítvány (vagy olyan hivatalos irat, mely alapján a haláleset oka megállapítható)
 Jogerős hagyatéki végzés

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 üzletkötőinél 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 örökösöként, 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 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 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/ 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: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

XI. UTALÁSI RENDELKEZÉS

Alulírott biztosított/szolgáltatásra jogosult a biztosítási összeg kifizetését az alábbi módon kérem.¹

Kérem a biztosítási összeg kifizetését a következő bankszámlaszámra történő átutalással.

Számlát vezető bank neve: _____

Bankszámla tulajdonosának neve: _____

Bankszámla száma: _____-_____-_____

Kérem a biztosítási 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 (nyomatott betűkkel)

Adategyeztetést végző aláírása

Bélyegző

¹ Kérjük, hogy a megfelelő négyzetbe rakjon X-et és töltsse ki az adatokat!