

## Szolgáltatási igénybejelentő élet-, baleset-, betegség- és egészségbiztosításhoz<sup>1</sup>

Balesetből eredő sérülés, balesetből, illetőleg betegségből eredő fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés, műtét, munkaképtelenség, rokkantság, kritikus betegség, gyógyulási támogatás, nyugdíjazás, valamint gyermekszületés esetén szolgáltatás igénylésére

(Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet).

Szerződésszám: \_\_\_\_\_

Kárszám: \_\_\_\_\_

### A szerződő adatai:

1. Családi és utóneve: \_\_\_\_\_

2. Születéskori neve:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

3. Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó

### A biztosított adatai:

4. Családi és utóneve: \_\_\_\_\_

5. Születéskori neve:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

6. Anyja leánykori neve: \_\_\_\_\_

7. Születési helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

8. Lakcíme (levelezési címe): \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó

9. Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély<sup>2</sup>

10. Az azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló kártya száma: \_\_\_\_\_

### A biztosított

11. Munkahelye (tanulóknál az iskola neve): \_\_\_\_\_

12. Foglalkozása/munkaköre: \_\_\_\_\_ Táppénzjogosult-e?  nem  igen

13. Taj-száma: \_\_\_\_\_

14. Telefonszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Faxszáma: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

15. Házi orvosának neve: dr. \_\_\_\_\_

rendelője címe: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó

16. Folytat-e hivatásos sporttevékenységet?  nem  igen Ha igen, mit? \_\_\_\_\_

17. Nyugellátásban (öregségi nyugdíj), megváltozott munkaképességűek ellátásában részesül-e?  nem  igen

18. Ha igen, milyen ellátásban? \_\_\_\_\_ Az ellátás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

19. Kiskorú biztosított esetén a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő

Neve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám, emelet, ajtó

20. A szerződés  jövedelemigazolás nélkül  jövedelemigazolással jött létre.

21. Fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás esetén kitöltendő: (Zárójelentését, kórházi igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Az ápolás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Az ápolás vége: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Az ápolás oka:  baleset  betegség Műtét történt-e?  nem  igen A műtét megnevezése: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> A rendelkezés faxon és a fenti e-mail címre küldött, e-mailhez csatolt szkennelt dokumentumként is továbbítható. A rendelkezés kizárólag a biztosítónál, a szerződőhöz (ügyfélhez) kapcsolt e-mail címről továbbítható. Felhívjuk a figyelmet az e-mail útján történő adattovábbítás kockázataira, tekintettel arra, hogy az e-mailben vagy annak csatolmányaként történő adatküldés nem minősül biztonságos csatornának. <sup>1</sup> Előző név, leánykori név. <sup>2</sup> Kizárólag lakcímkártyával együtt.

**22. Baleset esetén kitöltendő:** (Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.)

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_ Jóra Helye: \_\_\_\_\_

A baleset leírása: \_\_\_\_\_

Volt-e hivatalos intézkedés?  nem  igen Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat?  nem  igen (Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, hol történt és ki végezte? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés?  nem  igen Műtét?  nem  igen

Ha igen, az intézmény neve: \_\_\_\_\_

címe: \_\_\_\_\_ Jhelység,

\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám

Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset?  nem  igen (Legutolsó kontroll leleteit szíveskedjék mellékelni.)

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészen?  nem  igen (Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni.)

Ha igen, mikor és milyen volt? \_\_\_\_\_

A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap utolsó napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

**23. Betegség esetén kitöltendő:** (Orvosi leleteit szíveskedjék mellékelni.)

A betegség pontos megnevezése: \_\_\_\_\_ BNO kód: \_\_\_\_\_

Volt-e már azelőtt is ilyen jellegű betegsége?  nem  igen Ha igen, mi és mikor? \_\_\_\_\_

**24. Napi térítés esetén kitöltendő:** (Az orvos tölti ki.)

**Orvosi igazolás**

A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ Jév _____ Jhó _____ Jnap	_____

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ Jév _____ Jhó _____ Jnap	_____

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

A diagnózis leírása:	BNO száma	A keresőképtelenség kezdete	A keresőképtelenség várható tartama
_____	_____	_____ Jév _____ Jhó _____ Jnap	_____

Az igazolás kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap Az orvos bélyegzője és aláírása: \_\_\_\_\_

**25. Nyugdíj-biztosítási szolgáltatáshoz:** (A nyugdíj-megállapító határozatot szíveskedjék mellékelni.)

A nyugdíj jogcíme:  öregségi  szolgálati  kivételes ellátás A nyugdíjfolyósítás kezdő napja: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

A nyugdíj-megállapító határozat kibocsátója: \_\_\_\_\_

Száma: \_\_\_\_\_ Kelte: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

**26. Gyermekszületési szolgáltatáshoz:** (A születési anyakönyvi kivonatot és a tagsági könyvet szíveskedjék mellékelni.)

A gyermek neve: \_\_\_\_\_  
A gyermek születésének helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap \_\_\_\_\_  
A gyermek születési anyakönyvi kivonatának kibocsátója: \_\_\_\_\_  
Folyószáma: \_\_\_\_\_

**27. Rokkantsági és rokkantsági díjmentesítési szolgáltatáshoz:**

A rokkantsági csoport foka:  „D” kategóriás rokkantsági ellátás  „E” kategóriás rokkantsági ellátás  rehabilitációs ellátásra való jogosultság  
 baleseti rokkantság  
 „D” és „E” kategóriás rokkantsági ellátás vagy rehabilitációs ellátásra való jogosultság (Prémium életbiztosítás és Csoportos személybiztosítás ) esetén: a rehabilitációs hatóság(ok) döntését tartalmazó irato(ka)t mellékelem.

**28. Sportbaleset-biztosítás esetén kell kitölteni!** (A baleseti jegyzőkönyvet és az orvosi leleteket szíveskedjék mellékelni.) !

A sportegyesület neve: \_\_\_\_\_  
Székhelye: \_\_\_\_\_ Jhelység, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám \_\_\_\_\_  
A baleset  edzés vagy  mérkőzés közben történt? Ha mérkőzés közben:  barátságos  bajnoki  kupa  válogatott  nemzetközi  
Sportbaleset esetén a sportkörnek (egyesületnek) a fent jelölt balesetet igazoló aláírása és bélyegzője:

\_\_\_\_\_  
az aláírás és a bélyegző helye

**Szolgáltatás teljesítése:** (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.)

Kérem a szolgáltatási összeget

- a)  A szerződésesen nyilvántartott kifizetési számlaszámra átutalni. (A nyilatkozat ebben az esetben faxon és e-mailben is továbbítható)  
b)  a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Jszámú bankszámlára átutalni. (Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

Amennyiben a bankszámla tulajdonosa a szerződőtől eltérő személy, kérjük a bankszámla tulajdonos nevét feltüntetni.

\_\_\_\_\_  
vagy

- c)  a(z) \_\_\_\_\_ Jhelység, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jút/utca, házszám, emelet, ajtó címre megküldeni.  
(Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

A kifizetendő szolgáltatási összegből \_\_\_\_\_ Ft átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő \_\_\_\_\_ Jszervződés számú, \_\_\_\_\_ Jelnevezésű biztosításra  rendszeres/egyszeri díjként, vagy  eseti díjként. (Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

Eseti díjat kizárólag Életprogram szerződésre - a mindenkor hatályos szerződési feltételek és Kondíciós lista alapján -, illetve Hungária Alap szerződésre lehet befizetni.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

\_\_\_\_\_  
a biztosított saját kezű aláírása<sup>1</sup>

**A biztosító tölti ki!**

Csak abban az esetben kell kitölteni, ha a szolgáltatási összeg kifizetése nem a szerződésen nyilvántartott kifizetési számlaszámra történik

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Jév \_\_\_\_\_ Jhó \_\_\_\_\_ Jnap

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző neve  
nyomatott betűkkel

\_\_\_\_\_  
az adategyeztetést végző aláírása

Bélyegző

<sup>1</sup> Kiskorú biztosított esetén szülő, illetve törvényes képviselő; vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő aláírása.

## Tájékoztató

### a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

**Személyes adat** az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 6. §-ának (4) bekezdése értelmében a szerződés keretében is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást e kárbejelentő lapon tett nyilatkozat tartalmazza.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. Amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

**Az adatkezelés időtartama:** a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával – a kötvények, egyéb ügyfeleknek szóló levelek, iratok nyomtatása vonatkozásában – a biztosítási törvények megfelelő kiszervezési szerződés keretében az ANY Biztonsági Nyomda Nyrt-t (Cg. 01-10-042030, 1102 Budapest, Halom utca 5.) bízta meg. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – postai vagy banki átutalás esetén – igénybe vett Magyar Posta Zrt. és a biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank adatfeldolgozóknak minősül. A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére, vagy amikor a külső cég bevonásával a biztosító a szolgáltatását azonos minőségben, ám alacsonyabb költségekkel és kedvezőbb áron

nyújthatja. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján **továbbíthatja** harmadik személynek, kivéve, ha az adat-továbbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását az ügyfél-tájékoztató tartalmazza. Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbítenni. Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:

- a) az általa kezelt adatokról, illetve
- b) a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- c) az adatkezelés céljáról,
- d) az adatkezelés jogalapjáról,
- e) az adatkezelés időtartamáról,
- f) az adatfeldolgozó
  - nevééről,
  - címéről (székhelyéről),
  - adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy
  - kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.

Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőséhez (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Vezérgazgatóság, Compliance osztály) kérjük eljuttatni.

A biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatói kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint addig kezelhet, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

## Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott **hozzájárulásomat**, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

b) a **szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

c) a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.

igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

2. Alulírott biztosított (kiskorú esetén a szülő, gyám) önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos

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

Szerződésszám: \_\_\_\_\_  
Szolgáltatási igény: **betegség, baleset, nyugdíj**

Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződés-számú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvánított, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a biztosított saját kezű aláírása<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni. <sup>2</sup> Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze. <sup>3</sup> A biztosított (kiskorú sérülése esetén szülő, illetve törvényes képviselő; vagyoni jognyilatkozataiban korlátozott vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő aláírása), megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.