

Igénybejelentő utasbiztosításhoz

Balesetből eredő maradandó egészségkárosodás vagy haláleset bejelentésére

Kérjük, hogy maradéktalanul töltsse ki és írja alá az Igénybejelentőt, majd nyújtsa be a Biztosítóhoz, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokkal együtt! Az Igénybejelentő aláírható elektronikusan ([AVDH hiteles aláírással](#)) vagy papíralapon kézzel a kinyomtatást követően. A szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok felsorolását az Igénybejelentő 7. részében találja. A dokumentumok a szolgáltatási igény elbírálásához és a szolgáltatás összegének megállapításához szükségesek.

A szolgáltatási igényt az alábbi módokon van lehetősége bejelenteni:

- **Online** a www.allianz.hu oldalon, mely esetben kérjük, hogy az Igénybejelentőt digitálisan írja alá (AVDH hitelesítéssel). Amennyiben nincs lehetősége digitálisan aláírni, akkor nyomtassa ki, és kézzel írja alá, majd a szkennelt dokumentumot küldje be. Kérjük, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokat ne felejtse el feltölteni! Ha bármelyik dokumentum papíralapú, azt szkennelést követően küldje be. Ha a papíralapon előállított dokumentum szkennelve kerül beküldésre, a későbbiekben a Biztosító jogosult bekérni az eredeti példányt is.
- **Személyesen** a Biztosító bármelyik [ügyfélkapcsolati pontján](#) vagy a Központi Ügyfélszolgálaton (1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.). Ebben az esetben kérjük, hogy papíralapon nyújtsa be az Igénybejelentőt és a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumokat. Az Igénybejelentő kitöltéséhez Kollégáink kérésre segítséget nyújtanak.
- **Postai úton**, mely esetben kérjük, hogy nyomtassa ki és papíralapon küldje el az Igénybejelentőt a szolgáltatáshoz szükséges dokumentumokkal együtt a következő címre: Allianz Hungária Zrt. Operációtámogatási osztály 1387 Budapest, Pf. 11.

1. Szerződő adatai

Név: _____
Lakcím: _____ irányítószám, helység,
_____ közterület neve, házszám, emelet, ajtó
Telefonszám: _____ / _____
E-mail cím: _____

2. Utasbiztosítás adatai

- Útitárs utasbiztosítás
 Téli Sportok utasbiztosítás
 Extrém Sportok utasbiztosítás
 Útitárs XL utasbiztosítás
 Útitárs Bérlet utasbiztosítás
 Bankkártyás utasbiztosítás
 Üzleti utasbiztosítás
 Egyéb, éspedig: _____

Szerződésszám: _____

3. Utazás adatai

Mikor utazott ki a Biztosított külföldre? _____ év _____ hónap _____ nap
Mikor érkezett vissza Magyarországra a Biztosított? _____ év _____ hónap _____ nap

4. Biztosított adatai

Kérjük, hogy töltsse ki a Biztosítottra vonatkozó adatokat. Több Biztosított személy esetén kérjük, hogy külön-külön Igénybejelentőt töltsön ki Biztosított személyenként.

Név: _____
Anyja neve: _____
Születési dátum: _____ év _____ hónap _____ nap
Születési hely: _____
Állampolgárság: _____
Lakcím: _____ irányítószám, helység,
_____ közterület neve, házszám, emelet, ajtó
Telefonszám: _____ / _____
E-mail cím: _____

Kérjük, jelölje, hogy hozzájárul-e az e-mailben történő kommunikációhoz!

- Igen, hozzájárulok.
 Nem járulok hozzá, postai úton szeretnék visszajelzést kapni.

5. Igénybejelentő adatai

Kérjük, hogy ezt a részt csak akkor töltsse ki, ha az Igénybejelentő személye eltér a Biztosított személytől!

Név: _____
Születési dátum: _____ év _____ hónap _____ nap
Születési hely: _____
Lakcím: _____ irányítószám, helység,
_____ közterület neve, házszám, emelet, ajtó
Telefonszám: _____ / _____
E-mail cím: _____

Ki az Igénybejelentő?

- Szerződő
 Kedvezményezett
 Törvényes képviselő
 Meghatalmazott
 Egyéb, és pedíg: _____

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

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
 Egyéb, és pedíg: _____

Mikor történt a baleset? _____ év _____ hónap _____ napon

Hol történt a baleset? _____ ország _____ helység

Mi okozta a balesetet? _____

Történt sürgősségi ellátás?

Igen Nem

Ha igen, mikor történt a sürgősségi ellátás?

_____ év _____ hónap _____ napon

Mikor állapították meg a maradandó egészségkárosodást? _____ év _____ hónap _____ nap

Mikor állapították meg a halált? _____ év _____ hónap _____ nap

Bejelentésre került a baleset a 24 órás Allianz Utazási Asszisztencia telefonszámán? Igen Nem

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

7. Szükséges dokumentumok

Kérjük, hogy az Igénybejelentő mellett, a biztosítási eseménytől függően nyújtsa be a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges alábbi dokumentumokat is! Kérjük, hogy jelölje a négyzetben, hogy melyik dokumentum került benyújtásra.

Mellékletek száma összesen: _____ db

Szolgáltatásokhoz szükséges dokumentumok:

- Bankkártyás utasbiztosítás esetén igazolás a kiutazás időpontjáról (pl. repülőjegy, autópálya matrica)
- Telefonköltség kapcsán a részletes telefonszámla (mely tartalmazza a külföldről indított és fogadott hívásokat)
- Meghatalmazás, ha a Biztosított meghatalmazottja tesz igénybejelentést
- Hatósági jegyzőkönyv vagy egyéb hitelt érdemlő igazolás a baleset körülményeiről
- Orvosi dokumentumok a külföldi sürgősségi ellátásról

Biztosítási eseménytől függően továbbá:

Maradandó egészségkárosodás esetén:

- Baleseti maradandó egészségkárosodást igazoló orvosi dokumentum

Baleseti halál esetén:

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

8. További információ

Kérjük, jelölje, ha további információt szeretne megadni!

9. Utalási rendelkezés

Kérjük, jelölje, hogy milyen módon kéri a szolgáltatási összeg kifizetését és adja meg a kifizetéshez szükséges adatokat!

- 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

10. Tájékoztató 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 Biztosító [honlapján](#), 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 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 jogorvoslatot élhet.

11. Nyilatkozatok

Alulírott Biztosított, illetve Igénybejelentő személy 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 dokumentum tartalmát megismertem és elfogadom. Jelen nyilatkozataimat a dokumentumban található tájékoztató 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 és különleges kategóriájú, a Biztosított egészségügyi állapotával összefüggő személyes adatokat (illetve az elhunyt Biztosított adatait) kezelje.
4. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen szolgáltatási igényemmel 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 kezeltek, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), Magyar

Államkincstárt, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, a szolgáltatási igényemhez kapcsolódó 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 adata 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 – betekintsen az előző pontokban felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségügyi állapotomra vonatkozó valamennyi olyan orvosi dokumentumba, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentumba, illetve nyilvántartásba, amely kapcsolatos a jelen szolgáltatási igényem elbírálásával. Továbbá hozzájárulok ezen orvosi dokumentumokban, és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentumban, illetve nyilvántartásban szereplő adatoknak a Biztosító részére történő továbbításához, valamint ahhoz, hogy ezekről a Biztosító másolatot kapjon.
7. Tudomásul veszem, hogy a fenti hozzájárulások hiányában a Biztosítónak nem áll módjában a szolgáltatási igényem elbírálni, tekintve, hogy azok hiányában a Biztosítónak a szolgáltatási igény megalapozottságát nincs lehetősége megállapítani, ezáltal a biztosítási szolgáltatást nem tudja teljesíteni.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Biztosított/Igénybejelentő személy aláírása