

Ügyszám:

 /

Születési ideje:

 év hó nap

Elhunyt (biztosított) neve:

Lakcíme:

Szerződésazonosító:

Módozat neve:

Amennyiben a biztosított és a szerződő nem azonos személy:

Szerződő neve:

Születési ideje:

 év hó nap

Lakásbiztosítás esetén:

 Az elhunyt a szerződő hozzátartozója közeli hozzátartozója

 Az elhunyt év hó naptól közös háztartásban lakott a szerződővel.

Az alábbi rovatot kérjük, csak baleseti halál esetén töltsse ki, és a bejelentőhöz csatolja a benyújtandó irato(ka)t.

 Baleset körülményei (mikor, hol, hogyan történt, sérülés leírása): év hó nap

Volt-e hatósági vizsgálat? Eljáró hatóság:

 Nem Igen

Volt-e véralkohol vizsgálat? Vizsgálatot végezte:

 Nem Igen
Benyújtandó irat(ok): Hatósági okirat, jogerős végzés/határozat/ítélet, munkahelyi balesetnél jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, jogosítvány másolata

Az alábbi rovatot kérjük, csak nem baleseti halál esetén töltsse ki.

 A halál oka:

Amennyiben az elhunyt betegség következtében halt meg:

 A halált okozó megbetegedés orvosiilag megállapított kezdete: év hó nap

 Utolsó kezelőorvosának neve:

 Utolsó kezelőorvosának címe:

Amennyiben az elhalálozás helye kórházban volt:

 Kórház neve:

 Kórház címe:

Amennyiben volt hatósági vizsgálat:

 Eljáró hatóság:
Benyújtandó irat(ok): Jogerős hatósági végzés/határozat/ítélet, haláleset utáni orvosi jelentés

Az alábbi rovatban kérjük, csak az Ön igényére vonatkozó részt töltsse ki, és a bejelentőhöz csatolja a benyújtandó iratot.

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

 Biztosított gyermekének halála **Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat

 Biztosított gyermekének halva születése **Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, igazolás késői magzathalálról

 Biztosított élet-/házastársának halála **Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, öröklési nyilatkozat

 Kijelentem, hogy az elhunyttal – akinek nem volt kereső foglalkozása – haláláig legalább 3 éve együtt éltem.
 Biztosított nem baleseti halála **Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, amennyiben az örökös a kedvezményezett: jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány vagy öröklési nyilatkozat

 Kijelentem, hogy a biztosítottal, mint házastársammal haláláig együtt éltem.
 Biztosított baleseti halála **Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, amennyiben az örökös a kedvezményezett: jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány vagy öröklési nyilatkozat

 Kijelentem, hogy a biztosítottal, mint házastársammal haláláig együtt éltem.

Az alábbi rovatot kérjük, csak kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosult esetén töltsé ki.

Jogosult neve:

Születési ideje:

 év hó nap

Anyja neve:

Alulírott, mint a jogosult törvényes képviselője hozzájárulok, hogy a kifizetésről a Biztosító az illetékes Gyámhivatalt értesítse.

Az alábbi rovatban kérjük, hogy a kifizetésre vonatkozó adatokat nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Felhívjuk figyelmét, hogy a kifizetés indításától várhatóan a banki utalás 2, a postai kézbesítés 6 munkanapot igényel.

1. Jogosult/törvényes képviselője adatai:

Neve:

Kedvezményezettség aránya:

 %

Adószám:

Lakcíme:

Helység:

Születési ideje:

 év hó nap

Út/utca/tér:

Hátszám/em./ajtó:

Telefon:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

Pénzintézeti számlára Számlatulajdonos neve:

Számla száma: - -

Lakcímemre

alíírás: _____

2. Jogosult/törvényes képviselője adatai:

Neve:

Kedvezményezettség aránya:

 %

Adószám:

Lakcíme:

Helység:

Születési ideje:

 év hó nap

Út/utca/tér:

Hátszám/em./ajtó:

Telefon:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

Pénzintézeti számlára Számlatulajdonos neve:

Számla száma: - -

Lakcímemre

alíírás: _____

3. Jogosult/törvényes képviselője adatai:

Neve:

Kedvezményezettség aránya:

 %

Adószám:

Lakcíme:

Helység:

Születési ideje:

 év hó nap

Út/utca/tér:

Hátszám/em./ajtó:

Telefon:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

Pénzintézeti számlára Számlatulajdonos neve:

Számla száma: - -

Lakcímemre

alíírás: _____

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen igénybejelentésem során közölt személyes, különleges, és egészségi állapottal összefüggő adataimat a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a Biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja.

Jelen nyilatkozat aláírásával az ügyfél hozzájárul ahhoz, hogy a tájékoztató 5. pontban megjelölt célból és ideig a Biztosító ügyfeleként tett bejelentése során közölt, illetve egyéb jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adatait kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje; azokat a hatályos adatvédelmi és biztosítási törvény engedélye alapján más gazdálkodó, vagy hivatalos szervezetnek, személynek átadja; illetve a kizárólag számítástechnikai eszközökkel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzői értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatban álláspontját kifejezheti és – kérelmére – az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kap; valamint a Biztosító a kéresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatu biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen.

Az aláírással az ügyfél felmenti a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán az ügyfélre – vagy más biztosított esetén rá – vonatkozó ismeretekkel; továbbá felhatalmazza azokat az orvosi, társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek az ügyre vonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. részére átadják.

Kérjük, hogy a bejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be: **AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf.: 63**

Kelt.: _____, év hó nap _____

alíírás

További információ: 06-40/204-204, www.aegon.hu

ADATKEZELÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÓ

A biztosító tájékoztatja a szolgáltatási igényt bejelentő ügyfelet a következőkről:

1. Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 2003. évi XLVIII. törvénnyel módosított, 1992. évi LXIII. törvény alapján a személyes és különleges adatait a szerződés érvényességének, illetve az érvényesség lejártával a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig tartja nyilván és kezeli.
2. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító harmadik fél részére csak akkor adhatja ki, ha az érintett fél, vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve arra írásbeli felmentést ad. A biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvényben, illetve az ezt felváltó 2003. évi LX. törvényben felsorolt szervezeteknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.
3. **Az érintettek jogai és érvényesítésük**
Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését. Az adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatairól és az adatkezelés törvényben meghatározott körében annak körülményeiről.
4. **Tiltakozási jog és jogorvoslati lehetőség**
A személyes adatok védelméről szóló törvény 16/A. §-a szerint az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, többek között, ha a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az érintett tiltakozhat abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. Az adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni, és a kérelmezőt írásban tájékoztatni.
Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. Az adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.
5. **Az adatkezelés célja, tartama**
Az adatkezelés célja lehet a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése, vagy a törvény által meghatározott egyéb cél, a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok pedig addig kezelhetők, ameddig a szerződés létrejöttének meghíúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.