

Kárszám:

 /

Születési ideje:

 év hó nap

 A biztosított: jobbkezes balkezes

Születési ideje:

 év hó nap

 Biztosított (sérült) neve:

 Adóazonosító jele:

 Lakcíme:

 Szerződésazonosító: Módozat neve:
Amennyiben a biztosított és a szerződő nem azonos személy:

 Szerződő neve:
Lakásbiztosítás esetén: A biztosított a szerződő hozzátartozója közeli hozzátartozója
 A biztosított év hó naptól közös háztartásban lakott a szerződővel.

Az alábbi rovatot kérjük, csak baleset esetén töltsé ki, és a bejelentőhöz csatolja a benyújtandó iratot.

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

 Volt-e hatósági vizsgálat? Nem Igen Eljáró hatóság:

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

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

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Csonttörés, csontrapedés | Benyújtandó irat: sérülés orvosi igazolása (röntgen lelet) |
| <input type="checkbox"/> Baleseti eredetű munkaképtelenség, táppénzes állomány | Benyújtandó irat: táppénzes betegállomány tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi) |
| <input type="checkbox"/> Kórházi (fekvőbeteg gyógyintézeti) ápolás | Benyújtandó irat: folyamatos kórházi ápolás orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó) |
| <input type="checkbox"/> Betegségi eredetű táppénzes állomány | Benyújtandó irat: táppénzes betegállomány tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi) |
| <input type="checkbox"/> Gyermekek születés | Benyújtandó irat: születési anyakönyvi kivonat |
| <input type="checkbox"/> Nyugdíjazás | Benyújtandó irat: nyugdíjas állományba helyező jogerős határozat |
| <input type="checkbox"/> TB I-II-III. Rokkantsági nyugdíjazás | Benyújtandó irat: jogerős TBI határozat (OOSZI szakvélemény) |
| Aranyfedezet biztosítás esetén: <input type="checkbox"/> Kérem a biztosítás pénzalapjának kifizetését, és a biztosítás megszüntetését. | |
| Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a biztosítás 10 éven belül, egyösszegű kifizetéssel szűnik meg, akkor Önnek az igénybevett adókedvezmény 20% kamattal növelt összegét kell az APEH részére visszafizetnie. | |
| <input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) | Benyújtandó irat: baleseti eredetű rokkantság orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok, utolsó kontrollvizsgálat leletei |
| A Biztosítási szabályzat értelmében a csonkolással nem járó maradandó egészségkárosodás mértékét a Biztosító a baleset utáni 2 év eltelte előtt állapítja meg. | |
| <input type="checkbox"/> Műtét | Benyújtandó irat: műtét orvosi igazolása (zárójelentés), előzmény iratok |
| <input type="checkbox"/> Kritikus betegség | Benyújtandó irat: kritikus betegség orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok |

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. Adószám:

 Jogosult/törvényes képviselője adatai: Telefon:

 Neve: Születési ideje: év hó nap

 Lakcíme: Helység:

 Út/utca/tér: Házs./em./ajtó:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

 Pénzintézeti számlára Számlatulajdonos neve:
 Lakcímemre Számla száma: - -

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 jogszzerűen 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 eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzői értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontját kifejezheti és – kérelmére – az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kap; valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú 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 esetében rá – vonatkozó ismertekkel; 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 aláírás:

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 megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.