

A Szerződő neve:	Kárszám:
A Biztosított neve: _____	
Születési neve: _____	Anyja neve: _____
Születési helye: _____	Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap
A Biztosított címe: _____	
Telefon száma: _____	E-mail címe: _____
Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Ha igen, mióta? _____ év _____ hó _____ naptól
Milyen okból? _____	

A baleset helye: _____	
A baleset ideje: _____ év _____ hó _____ nap	A baleset részletes leírása: _____
Történt-e hatósági vizsgálat? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Eljáró hatóság: _____	
Történt-e véralkohol vizsgálat? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Vizsgálatot végezte: _____	
A most balesetet szenvedett testrész ezt megelőzően valamilyen okból sérült-e? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	Korábbi sérülés ideje: _____ év _____ hó _____ nap Mi okozta a korábbi sérülést? _____

Milyen biztosítási modul alapján igényel térítést: <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. csonttörés <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. kórházi ápolás <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. rokkantság	<input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. keresőképtelenség <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. műtét <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. égési sérülés
Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni: <input type="checkbox"/> Ambuláns lap másolata <input type="checkbox"/> Egyéb orvosi igazolások <input type="checkbox"/> A jogosult szig. másolata	<input type="checkbox"/> Röntgen lelet másolata <input type="checkbox"/> Baleseti jegyzőkönyv másolata <input type="checkbox"/> Közlekedési bal. esetén vezetői engedély másolat
<input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata <input type="checkbox"/> Véralkohol vizsg. eredmény <input type="checkbox"/> Hatósági eljárás esetén: határozat, végzés, ítélet másolata	

Utalási nyilatkozat. Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

A következő számlaszámra: _____ - _____ - _____ Az első szekcióban feltüntetett „Biztosított címe” laci címre.

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap Logosult (v. törvényes képviselője) aláírása: _____

Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú törvényes képviselőjének neve: _____

Anyja neve: _____ Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme: _____

MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS	
Igazoljuk, hogy _____ szül.: _____ év _____ hó _____ nap	
Anyja neve: _____ vállalatunknál _____ év _____ hó _____ naptól folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll.	
Dátum: _____ év _____ hó _____ nap	Munkáltató aláírása, ph.: _____

Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókról és biztosítási tevékenységéről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket és szervezeteket a titoktartási kötelezettségük alól.

A biztosító az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonyban kapcsolatban igény érvényesíthető.

Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulás csak írásban érvényes! Elektronikus úton csak fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott dokumentumban lehet érvényesen nyilatkozatot tenni!

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Az igénybejelentő neve: _____ **szig. száma:** _____ **Az igénybejelentő aláírása:** _____

Díjigazolás. A biztosítási díj _____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig rendezve.

Befolyt: _____ év _____ hó _____ nap Aláírás: _____

Szolgáltatási összegek:

műtét (kis-közepes-nagy-kiemelt): _____ Ft	csonttörés: _____ Ft	rokkantság: _____ Ft _____ %
keresőképtelenség: _____ Ft _____ nap	_____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig	
kórházi ápolás: _____ Ft _____ nap	_____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig	
baleseti égési sérülés: _____ Ft _____ %		

Szolgáltatási összeg összesen: _____ Ft

Számfejtette: _____ év _____ hó _____ nap Ellenőrizte: _____ év _____ hó _____ nap

Utalványozta: _____ év _____ hó _____ nap Ut. ssz.: _____

Biztosító tölti ki!

BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadását kérheti. A kezelni kívánt különleges adatok körét a biztosító csak a konkrét adatkezelési cél (kárrendezés, jogi igény érvényesítése) ismeretében határozza meg, ezért a jelen tájékoztató és az adatkezelési hozzájárulás csak a konkrét adatkezelési cél ismeretében alkalmazandó.

A biztosító által kért különleges adatok az alábbi típus köré épülnek, amelyekről az érintett a konkrét adatkezelési cél ismeretében nyilatkozhat:

- **egészségügyi adatok.**

FONTOS! Az adatok megadása alapvetően önkéntes, azonban pl. kárbejelentés elbírálásához a biztosító előírhat kötelező adatokat. Ha ilyen esetben megtagadja az adatszolgáltatást, akkor a biztosító nem tud dönteni pl. egy kifizetésről.

A fenti adattípushoz tartozó a biztosító által kért konkrét adatokat a biztosító az ügylet (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

Annak érdekében, hogy a hozzájárulásról megalapozottan tudjon dönteni, az alábbi tájékoztatást adjuk.

AZ ADATKEZELŐNEK ÉS KÉPVISELŐJÉNEK A KILÉTE ÉS ELÉRHETŐSÉGEI

Adatkezelő:

Neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Képviselői:

Neve: Bodor Péter
Elérhetősége: <https://www.aegon.hu/adatbiztonsag>

Neve: Szombat Tamás
Elérhetősége: <https://www.aegon.hu/adatbiztonsag>

AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE;

Neve: dr. Nagy László
E-mail címe: adatvedelem@aegon.hu

A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

Az adatkezelés célja

Az adatkezelő az Ön által megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

Az adatkezelés jogalapja

Adatkezelőként az Ön adatait az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: R) alapján

- kárrendezéskor a R. 6. cikk (1). bekezdés a), a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai (**az Ön hozzájárulása**), továbbá,
- ha a szolgáltatás teljesítésével összefüggésben jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válna szükségessé, a R. 6. cikk (1). bekezdés a) és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136. § (**az Ön hozzájárulása**), R. 9. cikk (2). bekezdés f) pontja (**jogi igény érvényesítése, védelme**)

alapján kívánja kezelni.

A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETTEK KATEGÓRIÁI

A biztosító (adatkezelő) az Ön személyes adatait átadja

- kárrendezéskor a benyújtott kárigény orvos-szakmai értékelése, felmérése érdekében a biztosítóval szerződésben álló orvos szakértőknek, akikről további információt talál a www.aegon.hu oldalon.
- jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme esetén a biztosító, az érintett vagy a bíróság által kirendelt igazságügyi orvos szakértőnek, akinek a személyéről, ha nem Ön a szakvélemény megrendelője, tájékoztatjuk.
- lehetnek olyan káresemények, amelyek szükségessé teszik az Ön kezelését végző egészségügyi szolgáltató, orvos megkeresését és az esemény biztosító általi elbírálásához szükséges adatok megismerését. Az ilyen információ beszerzése érdekében, ha Ön hozzájárul, megkeressük az Ön kezelését ellátó egészségügyi intézményt, orvost. A megkeresendő konkrét egészségügyi szolgáltató, orvos kiléte tekintetében az Ön által adott információk irányadók.

ADATTOVÁBBÍTÁS HARMADIK ORSZÁGBA VAGY NEMZETKÖZI SZERVEZET RÉSZÉRE

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelő informatikai működését az adatkezelő tulajdonosa (AEGON N.V. székhelye: Aegonplein 50, 2591 TV, The Hague, Hollandia Cégjegyzékszám: 27076669), tulajdonában lévő EDC Company (Cégjegyzékszám: SC367146 Székhely: Aegon Lochside Crescent, Edinburgh Park, Edinburgh EH12 9SE, Egyesült Királyság) kiszervezett tevékenység keretében biztosítja, amelynek során az adatai átfutnak olyan számítógépeken is, amik az AEGON nemzetközi cégcsoport Európai Unión belüli országaiban helyezkednek el. Ezekben az országokban az Ön adatait nem kezelik, csupán az adatok technikai továbbítását végzik.

A SZEMÉLYES ADATOK TÁROLÁSÁNAK IDŐTARTAMA

Az adatkezelő a fenti adatokat

- ha biztosítási szerződés alapján kárigényt terjeszt elő, függetlenül attól, hogy Ön a biztosítási szerződés szerződője/biztosítottja vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződéssel, kárigénnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje alatt, a szerződés megszűnését követő 20 évig,
- ha a szerződéssel összefüggésben, jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válik szükségessé, az igény elbírálása alatt, továbbá az igény alapjául szolgáló eseménnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje vagyis, a jogi igény bejelentését követő 20 évig kívánja kezelni.

AZ ÉRINTETT JOGAI

Tájékoztatjuk, hogy bármikor, korlátozás nélkül kérhet

- *tájékoztatást,*
- *helyesbítést,*
- *törlést,*
- *az adatkezelés korlátozását, illetve*
- *tiltako*zhat a személyes adatok kezelése ellen.

A korlátozáshoz és a tiltakozáshoz való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, ha biztosítási szolgáltatásra irányuló szerződést köt az adatkezelővel, ezen jogai leszűkülnek, hiszen a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károkozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korlátozhatja a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Tájékoztatjuk, hogy Önt megilleti az *adathordozhatósághoz való jog*, amelynek keretében kérheti, hogy a részünkre Ön által megadott és általunk kezelt adatait, egy Ön által megjelölt adatkezelőhöz/adatfeldolgozóhoz továbbítsuk, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei rendelkezésre állnak.

Tájékoztatjuk, hogy az Ön *hozzájárulásával kezelt adatokra vonatkozóan* a hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét, azonban a döntése előtt vegye figyelmenbe ha biztosítási szolgáltatásra irányuló szerződést köt az adatkezelővel, a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény, jogi igény rendezése érdekében elengedhetetlen.

Ha automatizált adatkezelés tekintetében véleménye van, vagy kifogást kíván benyújtani, vagy ha az automatizált döntési folyamatba emberi beavatkozást kér, azt a Biztosító fenti elérhetőségein bármikor megteheti.

Tájékoztatjuk, hogy adatkezelésünk ellen a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (NAIH), vagy bírósághoz fordulhat.

Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C.

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

Tájékoztatjuk, hogy fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő adatkezelés során számítástechnikai eszközöket alkalmazunk, amely folyamatba manuális úton is beavatkozunk, a kárigénnyel többségében manuális módszerekkel döntünk.

TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

Tájékoztatjuk, hogy a jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelölttől eltérő célra nem használjuk.

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

(Kérjük, hogy a döntését a négyzetekben elhelyezett X-jellel jelölje!)

A biztosító fenti tájékoztatása alapján **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a mellékletben felsorolt különleges adataimat

- **kárrendezés,** igen nem
- **jogi igény érvényesítése** igen nem

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító

- a biztosító az adataimat az adatkezelési cél eléréséhez szükséges orvosszakértői vélemény beszerzése érdekében, a biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a biztosító által megbízott **orvosszakértőnek átadja,** igen nem
- megkeresse az ellátó egészségügyi szolgáltatót, orvost, hatóságot az általam bejelentett kárigény elbírálásához szükséges egészségügyi adataim és a káreseménnyel összefüggő egyéb adatok beszerzése, és a káreseménnyel összefüggő a jelen tájékoztatóban megjelölt időtartam alatti kezelése érdekében. igen nem

Kelt:

Dátum: év hó nap

	Biztosított(ak)/Biztosított(ak) örökösének neve	Születési ideje	Aláírása
1.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
2.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
3.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
4.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	