

**Betegség- és balesetbiztosítási  
kárbjelentő nyomtatvány**

Az AEGON Biztosító kárrendezési egysége:  
Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324  
Tel.: +36 1 477 49 00 Fax: +36 1 458 4445



**KÁRSZÁM:**

**BIZTOSÍTOTT ADATAI**

Biztosított neve: ..... Születési dátuma: .....  
Anyja neve: .....  
Állandó lakcím: ..... Levelezési cím: .....  
Elérhetőség (telefon/fax/e-mail): .....  
Utasbiztosítási kötvény száma: ..... Termék neve/módozat: .....  
Törvényes képviselő adatai kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:  
Alulírott (név): ..... Születési dátuma: .....  
Állandó lakcím: ..... Szem. ig. sz.: .....  
Kijelentem, hogy (kiskorú neve) ..... kiskorú törvényes képviselője vagyok.

**UTAZÁSSAL ÉS KÁRESEMÉNYEL KAPCSOLATOS EGYÉB ADATOK**

Utazás jellege:  társas  egyéni  üzleti út/kiküldetés  munkavállalás  
Tényleges külföldi tartózkodás időtartama: ..... -tól ..... -ig  
Tervezett külföldi tartózkodás időtartama: ..... -tól ..... -ig  
*(amennyiben a káresemény miatt a tényleges és a tervezett külföldi tartózkodás dátuma nem egyezik meg)*  
Telefonon jelentette-e a káreseményt külföldről a Europ Assistance felé?  Igen  Nem  
A káresemény kapcsán más biztosító, cég felé nyújtott-e be kárigényt?  Igen  Nem  
Biztosító, cég neve: .....  
Lezárta-e a biztosító, cég a benyújtott kárt? .....  
Történt-e kárkifizetés, milyen összegben? .....

**KÁRESEMÉNY RÉSZLETEI**

Káresemény időpontja: .....  
Káresemény helyszíne: Ország: ..... Város: .....  
Káresemény jellege *(jelölje a megfelelő helyen X-szel!)*:  Sürgősségi orvosi ellátás / kórházi kezelés  
 Betegszállítás, hazaszállítás  
 Utazás megszakítása/visszautazás

Káresemény rövid leírása, milyen panaszok tették szükségessé az orvosi ellátást:

Az orvoshoz/kórházba szállítás hogyan történt? mentővel/személygépkocsival

Egyéb módon .....

Amennyiben közlekedési baleset történt *(jelölje a megfelelő helyen X-szel!)*

Történt-e rendőri intézkedés:  Igen  Nem Ön a:  Gépjármű vezetője volt  Utasa volt

Gépjármű (amivel utazott) rendszáma: ..... Típusa: .....

Felelősségbiztosítójának neve, címe: ..... Kötvényszáma: .....

Casco biztosítójának neve, címe: ..... Kötvényszáma: .....

**Betegség- és balesetbiztosítási  
kárbjelentő nyomtatvány**

Az AEGON Biztosító kárrendezési egysége:  
Europ Assistance Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324  
Tel.: +36 1 477 49 00 Fax: +36 1 458 4445



**KÁRSZÁM:**

**KÜLFÖLDÖN FELMERÜLT KÖLTSÉGEK**

**Felmerült orvosi/kórházi ellátás, gyógyszer költség (több tétel esetén külön lapon folytatható):**

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegészítette (aláhúzendő)?
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem

**Felmerült egyéb költségek (több tétel esetén külön lapon folytatható):**

Összeg	Pénznem	Indoklás	Kiegészítette (aláhúzendő)?
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem
.....	.....	.....	Igen / Nem

Benyújtott kártérítési igény összesen: .....

*Kérjük, ha blokkokat, számlákat nyújt be, azokat a felsorolásban jelzett sorszámmal mindenképpen lássa el!*

*A felsorolás azonos tartalommal, külön lapon folytatható.*

**A KÁRRENDEZÉSHEZ SZÜKSÉGES IRATOK, MELLÉKLETEK (kísérőlevélben személyre szabva)**

- A káreseményt alátámasztó orvosi leírás, kórházi zárójelentés (idő előtti hazaútnál az itthon tartózkodó rokoné)
- Eredeti számla az orvosi / kórházi kezeléstről és fizetési bizonylat(ok)
- Eredeti számla, orvosi recept a kiváltott gyógyszerről és fizetési bizonylat(ok)
- Rendőrségi jelentés közlekedési baleset esetén
- Eredeti számla a hazaútról, légi utazás esetén beszállókártya, taxi számla, vonatjegy, buszjegy
- Üzemanyagköltség elszámolásához: forgalmi engedély másolata, útvonal leírása

**A KÁRTÉRÍTÉSI ÖSSZEG KIFIZETÉSÉNEK MÓDJA (aláhúzendő):**

Postai úton lakcímre HUF-ban:

Név: .....

Lakcím: .....

Banki átutalással:

Számlatulajdonos neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Bank neve: .....

Bankszámlaszám (Forint):         -       -

Devizaszámla esetén deviza neve: ..... SWIFT (BIC) kód: .....

IBAN szám: .....

*Alulírott biztosított büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben megadott adatok a valóságnak megfelelnek. A biztosító fenntartja a jogot, hogy a kárigény elbírálásához szükséges további iratokat bekérjen.*

Kérjük, a kitöltött kárbejelentő nyomtatványt és a csatolt dokumentumokat az alábbi címre postázza:

**Europ Assistance Magyarország Kft. Budapest 1399, Pf. 694/324**

Dátum: ..... Biztosított/törvényes képviselő aláírása: .....

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

## 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 kifizetéséről.

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](mailto: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](http://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*
- *tiltakozhat* 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 figyelembe 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](http://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 kárigényről 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/Jogosult(ak) Biztosított örököse(i)nek a neve	Születési ideje	Alírása
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	