

Szerződésazonosító:  Módozat neve:  Kárszám:  /

**I. SZERZŐDŐ ADATAI (Szerződő töltsé ki, ha a szerződő eltér a kifizetés jogosultjától)**

Szerződő neve:  Születési neve\*:   
 Anyja születési neve\*:  Neme\*:  Férfi  Nő  
 Születési ország:  Születési helység:  Születési ideje:  év  hó  nap  
 Állandó lakcíme/Székhelye:   
 Adóazonosító jele\*:  Adószáma (cég esetén)\*:  Állampolgársága\*:   
 Személyazonosító dokumentum típusa\*:  Személyazonosító dokumentum száma\*:   
 Személyazonosító dokumentum érvényessége\*:  év  hó  nap Lakcímkártya száma\*:   
 Mobiltelefon:  E-mail cím:

\* Kötelező adat élet-, illetve nyugdíjbiztosítás alapján benyújtott igényhez.

**II. SZERZŐDŐ NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSHOZ**

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el:  Igen  Nem
2. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő:  Igen  Nem
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el  (írja be az alábbi felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)
- a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
  - b) az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
  - c) a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
  - d) a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítélőtábla és a Kúria tagja,
  - e) a számvéviszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon az Állami Számvéviszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
  - f) a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,
  - g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
  - h) nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja.
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok: házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője.
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok:
- bármely természetes személy, aki a kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa, vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll,
  - bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön által megadott adatok eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatokat tekintjük érvényesnek. Aláírásával Ön hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban (pl. állandó lakcím, e-mail cím).

**Élet-, illetve nyugdíjbiztosításhoz benyújtott igény esetén csatolja a személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlelél és lakcímkártya) másolatait is!**

Kelt.: ,  év  hó  nap   
 Szerződő aláírása

**III. BIZTOSÍTOTT ADATAI**

Biztosított (sérült) neve:   
 Születési ország:  Születési helység:  Születési ideje:  év  hó  nap  
 Állandó lakcíme:  A biztosított:  jobbkezes  balkezes  
**Lakásbiztosítás esetén:** A biztosított a szerződő  hozzátartozója  közeli hozzátartozója,  év  hó  naptól közös háztartásban lakott a szerződővel.

**IV. A BALESET LEÍRÁSA**

**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 eljárás?  Nem  Igen Eljáró hatóság:   
 Volt-e véralkohol vizsgálat?  Nem  Igen Vizsgálatot végezte:

**Benyújtandó iratok(ok):** Hatósági okirat, végzés/határozat/ítélet, munkahelyi balesetnél jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, kábitószert, egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, lelet, vezetői engedély adatai

## V. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYEK ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult és a szerződő (élet-, illetve nyugdíjbiztosítás esetén ha a szerződő a jogosulttól eltérő személy) személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

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

<input type="checkbox"/> Csonttörés, csontrepedés	<b>Benyújtandó irat:</b> sérülés orvosi igazolása (röntgen lelet)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kereséktelelenség, táppénzes állomány	<b>Benyújtandó irat:</b> kereséktelel állapot tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi ápolás	<b>Benyújtandó irat:</b> folyamatos kórházi ápolás orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó)
<input type="checkbox"/> Baleseti műtét	<b>Benyújtandó irat:</b> műtét orvosi igazolása, előzmény iratok
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű égési sérülés	<b>Benyújtandó irat:</b> baleseti égési sérülés orvosi igazolása, kontrollvizsgálati leletek
<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás) A szolgáltatási igényt a csonkolással nem járó esetekben a végleges állapot alapján, a balesettől számított 2 éven belül bírálja el a biztosító.	<b>Benyújtandó irat:</b> baleseti eredetű rokkantság orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok, utolsó kontrollvizsgálat leletei
<input type="checkbox"/> Napégés	<b>Benyújtandó irat:</b> napégés orvosi igazolása
<input type="checkbox"/> Szövődmiényes kullancscsípés	<b>Benyújtandó irat:</b> kullancscsípés tényét, időpontját, következményét, a kezelést leíró orvosi dokumentum
<input type="checkbox"/> Állatharapás	<b>Benyújtandó irat:</b> állatharapás tényét, időpontját, következményét leíró orvosi dokumentum
<hr/>	
<input type="checkbox"/> Gyermekszületés	<b>Benyújtandó irat:</b> születési anyakönyvi kivonat
<input type="checkbox"/> Nyugdíjazás	<b>Benyújtandó irat:</b> nyugdíjas állományba helyező jogerős határozat 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum,
<input type="checkbox"/> Megváltozott munkaképesség	<b>Benyújtandó irat:</b> szakigazgatási szerv jogerős határozata, szakértői bizottság szakvéleménye 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum,
Aranyfedezet biztosítás esetén: <input type="checkbox"/> Kérem a biztosítás pénzalapjának kifizetését, és a biztosítás megszüntetését.	<b>További szükséges dokumentum:</b> biztosítási kötvény/fedezet igazoló dokumentum
<input type="checkbox"/> Műtét	<b>Benyújtandó irat:</b> műtét orvosi igazolása (zárójelentés), előzmény orvosi iratok
<input type="checkbox"/> Kórházi ápolás	<b>Benyújtandó irat:</b> folyamatos kórházi ápolás igazolása, (zárójelentés, elbocsátó)
<input type="checkbox"/> Kritikus betegség	<b>Benyújtandó irat:</b> kritikus betegség orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok
<input type="checkbox"/> Egészségbiztosítási szolgáltatás végstadiumú betegség miatt	<b>Benyújtandó irat:</b> betegséget, kóros állapotot igazoló orvosi dokumentáció (vizsgálati eredmény, lelet, zárójelentés), 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum
<input type="checkbox"/> Betegségi eredetű táppénzes állomány	<b>Benyújtandó irat:</b> kereséktelel betegállomány tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn, és nem jelenti a biztosítási titok megsértését az adatok átadása a Bit. 138.§.(1)–(8) bekezdésében, valamint a 140.§–143.§-okban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára való továbbítás.

A biztosító a Bit. 149.§ (1) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkal kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és betegség-biztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított/kedvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

### Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók

A biztosító – törvényi kötelezettség\*\* alapján – **2019. október 31. napjáig minden életbiztosítással és vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles ismételt azonosítani**, melynek keretében az ügyfél köteles megadni adatait, nyilatkozatait és a biztosító rendelkezésre bocsátani azonosító okmányainak másolatát. A személyazonosság igazolására **alkalmas dokumentumok: személyazonosító igazolvány, útlevél, valamint kártyaformátumú vezetői engedély. Kérjük, minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is.**

Tudomásul veszem, hogy a **kifizetés feltétele a szerződő, a kifizetésre jogosult személy és az esetleges számlatulajdonos azonosítása.** A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a **személyazonosító dokumentumok személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz.** Amennyiben a szolgáltatási összeg meghaladja a 3,6 millió Ft összeget, akkor az azonosítás kizárólag személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodájában, illetve biztosításközvetítőjénél történhet.

**Felhívjuk figyelmét arra, hogy ezek hiányában a biztosító köteles megtagadni a kifizetés teljesítését.**

Az azonosítási kötelezettségről további információt a biztosító [www.aegon.hu](http://www.aegon.hu) oldalán olvashat.

Az azonosításhoz szükséges adatlap elérhető a Biztosító <https://www.aegon.hu/hirek/kozlemeny-adatlap-azonositashoz.html> oldalán is.

A honlap Írjon nekünk! felületén lehetőség van az online azonosításra is (<https://www.aegon.hu/irjonnekunk>).

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványom, illetve lakcímkártyámon rögzített, de a biztosítási szerződésben nem szereplő személyes adataim Biztosító általi kezeléséhez. Az adatkezelés tartama a biztosítási szerződéssel összefüggő adatok kezelésére irányadó adatkezelési időtartam.

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.

\*\* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 79. §-a.

## VI. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTLEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN

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

Kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Ptk. 2.15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíthetjük.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy törvényes képviselője vagyok az alábbi kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosultnak:

Jogosult neve:  Anyja születési neve:   
Születési ország:  Születési helység:  Születési ideje:  év  hó  nap

## VII. KIFIZETÉS FELVÉTELÉRE JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

Jogosult/törvényes képviselő neve:  Születési neve:   
Anyja születési neve:  Neme\*:  Férfi  Nő  
Születési ország:  Születési helység:  Születési ideje:  év  hó  nap  
Állandó lakcíme/Székhelye:   
Adóazonosító jele\*:  Adószáma (cég esetén)\*:  Állampolgársága\*:   
Személyazonosító dokumentum típusa\*:  Személyazonosító dokumentum száma\*:   
Személyazonosító dokumentum érvényessége\*:  év  hó  nap Lakcímkártya száma\*:   
Mobiltelefon:  E-mail cím:

\* Kötelező adat élet-, illetve nyugdíjbiztosítás alapján benyújtott igényhez.

1. Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi számlaszámra:

Pénzintézet neve:   
Számlatulajdonos neve:   
Swift kód:  IBAN/Bankszámla száma:  –  –

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg kifizetését harmadik személy javára kéri, a kifizetésre kizárólag e harmadik személy pénzmossási törvény szerinti azonosítása után kerülhet sor. Lásd a jelen nyilatkozat V. pontja a „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

2. Az adózás rendjéről szóló 2017. évi ART 50§ (2)28. pontja szerint életbiztosítási szerződés alapján történő kifizetéshez a **kifizetés jogosultjának nyilatkoznia kell** arról, hogy az Európai Unió valamely tagállamának adóügyi illetőségével rendelkezik-e. Ennek értelmében, mint a kifizetés jogosultja akként nyilatkozom, hogy **az adóügyi illetőségem:**

az Európai Unió tagállama, ország neve (kötelező adat):   
 nem az Európai Unió tagállama

## VIII. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSHOZ

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozatom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el:  Igen  Nem

2. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő:  Igen  Nem

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el  (írja be az 1. oldal II/2. pontjában lévő felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok: házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője.

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok:

- bármely természetes személy, aki a kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa, vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll,
- bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön által megadott adatok eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatokat tekintjük érvényesnek. Aláírásával Ön hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban (pl. állandó lakcím, e-mail cím).

**Csatolja a személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevel és lakcímkártya) másolatait is!**

Kelt.: ,  év  hó  nap

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

**Fontos!** A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján\*\*\* – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. **Kérjük, olvassa el a csatolt tájékoztatót (A-07-K) és aláírásával járuljon hozzá adatainak kezeléséhez!** Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésre vonatkozó jogokat az elhunyt örökös(ei), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

## BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó neve:  kódja:  elérhetősége:

Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget vállalok.

Kelt.: ,  év  hó  nap

Tanácsadó aláírása

\*\*\* Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete

**Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.**

1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: 06-1-477-4800

Honlap: www.aegon.hu

Kárszám: Szerződészsám: Ügyfél-azonosító: **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 ügylethez (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 TISZTIVISELŐ 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

- kárrendezésre 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 CÍMZETEK KATEGÓRIÁI**

A biztosító (adatkezelő) az Ön személyes adatait átadja

- kárrendezésre 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 alapján 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

## 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 orvossalakértői vélemény beszerzése érdekében, a biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a biztosító által megbízott **orvossalakértőnek 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 Biztosított örökösének a neve	Születési ideje	Aláírása
	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	