

Szerződésazonosító: Mődozat neve: Kárszám: /

Biztosított (sérült) neve:

Születési helye: Születési ideje: év hó nap

Állandó címe: A biztosított: jobbkezes balkezes

Amennyiben a biztosított és a szerződő nem azonos személy:

Szerződő neve: Születési ideje: év hó nap

Lakásbiztosítás esetén:

A biztosított a szerződő hozzátartozója közeli hozzátartozója, év hó naptól közös háztartásban lakott a szerződéssel.

Az alábbi rovatot kérjük, csak baleset esetén töltsse 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 irat(ok): Hatósági okirat, végzés/határozat/ítélet, munkahelyi balesetnél jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, kábítószer, egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, lelet, vezetői engedély adatai

Szolgáltatás a biztosított saját balesete vagy állapota alapján, a biztosításban szereplő kockázatra igényelhető.

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét és a bejelentőhöz csatolja a szükséges dokumentumokat.

<input type="checkbox"/> Csonttörés, csontrepedés	Benyújtandó irat: sérülés orvosi igazolása (röntgen lelet)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű keresőképtelenség, táppénzes állomány	Benyújtandó irat: keresőképtelen állapot tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű kórházi ápolás	Benyújtandó irat: folyamatos kórházi ápolás orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó)
<input type="checkbox"/> Baleseti műtét	Benyújtandó irat: műtét orvosi igazolása, előzmény iratok
<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű égési sérülés	Benyújtandó irat: 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.	Benyújtandó irat: baleseti eredetű rokkantság orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok, utolsó kontrollvizsgálat leletei
<input type="checkbox"/> Napégés	Benyújtandó irat: napégés orvosi igazolása
<input type="checkbox"/> Szövődényes kullancscsípés	Benyújtandó irat: kullancscsípés tényét, időpontját, következményét, a kezelést leíró orvosi dokumentum
<input type="checkbox"/> Állatharapás	Benyújtandó irat: állatharapás tényét, időpontját, következményét leíró orvosi dokumentum
<input type="checkbox"/> Gyermekszületés	Benyújtandó irat: születési anyakönyvi kivonat
<input type="checkbox"/> Nyugdíjazás	Benyújtandó irat: nyugdíjas állományba helyező jogerős határozat Szerződés megszűnése esetén: szükséges a jogosult azonosítása*, 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum,
<input type="checkbox"/> Megváltozott munkaképesség	Benyújtandó irat: szakigazgatási szerv jogerős határozata, szakértői bizottság szakvéleménye Szerződés megszűnése esetén: szükséges a jogosult azonosítása*, 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.	
	További szükséges dokumentum: biztosítási kötvény/fedezet igazoló dokumentum
<input type="checkbox"/> Műtét	Benyújtandó irat: műtét orvosi igazolása (zárójelentés), előzmény orvosi iratok
<input type="checkbox"/> Kórházi ápolás	Benyújtandó irat: folyamatos kórházi ápolás igazolása, (zárójelentés, elbocsátó)
<input type="checkbox"/> Kritikus betegség	Benyújtandó irat: kritikus betegség orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok
<input type="checkbox"/> Egészségbiztosítási szolgáltatás végstadiumú betegség miatt	Benyújtandó irat: betegséget, kóros állapotot igazoló orvosi dokumentáció (vizsgálati eredmény, lelet, zárójelentés), továbbá szükséges a jogosult azonosítása*, 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény/fedezetet igazoló dokumentum
<input type="checkbox"/> Betegségi eredetű táppénzes állomány	Benyújtandó irat: keresőképtelen betegállomány tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)

* A kifizetés érdekében történő azonosítás a személyazonosító dokumentumok (szem. ig. és lakcímkártya) ügyfélszolgálati irodánkban történő bemutatásával, illetve a dokumentumok másolatának beküldésével lehetséges.

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 szerződésekkel 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.

Tudomásul veszem, hogy a kifizetés feltétele a szolgáltatásra jogosult személy azonosítása. A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a személyazonosító dokumentumok (szem.ig. és lakcímkártya) személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz.

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványomon, 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.

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

Az alábbi rovatot kérjük, csak kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosult esetén töltsé ki.	
Jogosult neve:	<input type="text"/>
Születési helye:	<input type="text"/> Születési ideje: <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Anyja neve:	<input type="text"/>
A kiskorú gyermek, cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Polgári Törvénykönyv 2:15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesítjük.	
Kifizetés felvételére jogosult/törvényes képviselő adatai:	
Neve:	<input type="text"/> Születési neve: <input type="text"/>
Anyja születési neve:	<input type="text"/> Neme: <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési helye:	<input type="text"/> Születési ideje: <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap
Állandó címe:	<input type="text"/>
Adóazonosító jele:	<input type="text"/> Adószáma (cég esetén): <input type="text"/> Állampolgársága: <input type="text"/>
Mobiltelefon:	<input type="text"/> E-mail cím: <input type="text"/>
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:	
<input type="checkbox"/> az Európai Unió tagállama, ország neve (kötelező adat): <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> nem az Európai Unió tagállama	
Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi számlaszámra.	
Számlatulajdonos neve:	<input type="text"/>
Számla száma:	<input type="text"/> – <input type="text"/> – <input type="text"/>
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).	
Kelt.: <input type="text"/> , <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	<input type="text"/>
	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 kezelésére vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.	

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó neve:	<input type="text"/>	kódja:	<input type="text"/>	elérhetősége:	<input type="text"/>
Ügyszám:	<input type="text"/>	Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget vállalok.			
Dátum:	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	Tanácsadó aláírása:	<input type="text"/>		

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

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

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 CÍMZETTEK 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 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 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	