

A Szerződő neve: _____ Kárszám: _____

1. A biztosított neve:		3. Leánykori neve:	
2. Születési helye:		Ideje:	
5. A Biztosított címe:		Tel:	
6. Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? igen / nem Ha igen, mióta?év.....hó.....-tól Milyen okból?			

7. A baleset helye:		8. Ideje:évhónap	
9. A baleset részletes leírása:			
10. Történt-e hatósági vizsgálat? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen Eljáró hatóság:			
11. Történt-e véralkohol vizsgálat? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen Vizsgálatot végezte:			
12. A most balesetet szenvedett testrészt ezt megelőzően valamilyen okból sérült-e? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
13. Korábbi sérülés ideje:.....év.....hó....nap		14. Mi okozta a korábbi sérülést?	

15. Milyen biztosítási modul alapján igényel térítést:		16. Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni:	
<input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. csonttörés <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. keresőképtelenség <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. kórházi ápolás <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. műtét <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. rokkantság		<input type="checkbox"/> Baleseti jegyzőkönyv másolata <input type="checkbox"/> Ambuláns lap másolata <input type="checkbox"/> Rtg. lelet másolata <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés másolata <input type="checkbox"/> Egyéb orvosi igazolások <input type="checkbox"/> Hatósági eljárás esetén: jogerős határozat, végzés, ítélet másolat <input type="checkbox"/> A jogosult szig. másolata <input type="checkbox"/> Közlekedési bal. esetén vezetői engedély másolat	

17. Utalási nyilatkozat. Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:	
<input type="checkbox"/> A következő számlaszámra:	<input type="checkbox"/> Az 5.pontban feltüntetett lakcímré
Dátum: Jogosult (v.törvényes képviselője) aláírása
18. Kiskorú biztosított esetén a kiskorú törvényes képviselőjének neve: anya neve: _____ születési ideje: _____ lakcíme: _____	

19. MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS

 Igazoljuk, hogy _____, szül.: _____, a.n.: _____
 vállalatunknál _____ - től folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll. _____
 Dátum: _____

 munkáltató aláírása
 Ph.

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, hogy 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 esetén rá-vonatkozó ismeretekkel; továbbá felhatalmazza azokat az orvosi, társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (pl rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek az ügyre vonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat az AEGON Magyarország Általános Biztosító részére átadják

 Kelt:.....év.....hó.....- n az igénybejelentő neve:.....
szig.szám:.....

az igénybejelentő aláírása

A Biztosító tölti ki!

20. Díjigazolás. A bizt.díj 200....év.....hó.....nap - 200....év.....hó.....nap-ig rendezve. Befolyt: 200....év.....hó.....nap. Aláírás:			
21. Szolgáltatási összegek:		műtétFt (kis – közepes – nagy – kiemelt)	
csonttörés Ft	táppénznap.....Ft (200.....-tól 200.....-ig)		
rokkantságFt (.....%)	kórházi ápolásnap.....Ft (200.....-tól 200.....-ig)		
22.Szolgáltatási összeg összesen:Ft	23. Számfejtette:	24. Ellenőrizte:	25. Utalványozta:
Ut.szsz: /200.....	200.....	200.....	200.....

TÁJÉKOZTATÁS

1. Az adatkezelés alapja, célja és időtartama

- A biztosító az ügyfél adatait vagy törvény rendelkezése, vagy az érintett önkéntes felhatalmazása alapján kezelheti, illetve adhatja át.
- 1.1. Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. (továbbiakban Atv) továbbá a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit) felhatalmazása alapján, a Bit 3.§. 61 pontjában megjelölt ügyfél személyes és különleges adatait a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, nyilvántartása, állományban tartása, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése, a biztosító szolgáltatása céljából a szerződés hatálya alatt, illetve mindaddig kezelheti, ameddig a biztosítási szerződéssel összefüggésben igény érvényesíthető.
 - 1.2. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok (biztosítási titok) tekintetében időbeli korlátozás nélküli titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító harmadik fél részére csak akkor adhatja át, ha arra törvény felhatalmazza, vagy az érintett fél az adat átadáshoz hozzájárul.
 - 1.3. Törölni kell minden olyan adatot, amellyel kapcsolatban az adatkezelési cél megszűnt, vagy nincs törvényi, vagy ügyfél felhatalmazás.
 - 1.4. Az adatszolgáltatás önkéntes, de a biztosítási szerződés megkötéséhez szükséges adatok tekintetében feltétele a szerződés létrejöttének, ezért ilyen esetben az adatszolgáltatás megtagadása kizárja a biztosítási szerződés létrejöttét. A biztosító egyéb, nem a biztosítási szerződés megkötését célzó, adatkérését az ügyfél szabad belátása szerint teljesítheti.
 - 1.5. Törvényi felhatalmazás hiányában az adatok az ügyfél előzetes, önkéntes felhatalmazása alapján kezelhetők, adhatók át, vonhatók össze.
 - 1.6. A létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatok addig kezelhetők, ameddig a szerződés meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
 - 1.7. A biztosító 500 db alatt az érintett előzetes, kifejezett hozzájárulása mellett, 500 db felett előzetes, kifejezett hozzájárulása nélkül küldhet postai úton reklám célú üzenetet, azonban biztosítani kell az ingyenes, korlátozás mentes tiltás lehetőségét az ügyfél számára.
 - 1.8. Reklám elektronikus kommunikációs eszköz útján csak az érintett előzetes, egyértelmű és kifejezett hozzájárulása mellett közölhető.

2. Az érintett jogai és érvényesítésük

Az érintettet tájékoztatni kell, illetve tájékoztatást kérhet, hogy adatait milyen forrásból szerezték, személyes adatai kezeléséről, annak céljáról, jogalapjáról, módjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevééről, címéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják, vagy kapták meg az adatait, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – ingyenes, és korlátozás mentes törlését. Az érintett jogai megsértése esetén bírósághoz fordulhat.

3. Tiltakozási jog

- Az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen, ha
- a) a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést jogszabály rendelte el;
 - b) a személyes adat felhasználása vagy továbbítása közvetlen üzletszerzés, közvélemény-kutatás vagy tudományos kutatás céljára történik;
 - c) a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi.

HOZZÁJÁRULÁS

Nem járulok hozzá
(Csak akkor töltsd ki, ha az adott ponthoz nem járul hozzá.)

- | | Szerződő | Biztosított |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Az ügyfél a fenti tájékoztatás alapján az alábbi nyilatkozatot teszi, a biztosító tevékenysége szempontjából lényeges adatkezelési célok ismeretében. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1. Hozzájárulok, hogy az AEGON Magyarország cégcsoport, valamint az AEGON N.V. nemzetközi cégcsoportja részére adataim kockázatelemzési, marketing, valamint ügyfél kiszolgálás színvonalának emelése és a közös ügyfélszolgálat céljából átadja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Hozzájárulok ahhoz, hogy az AEGON Magyarország cégcsoport, valamint az AEGON N.V. nemzetközi cégcsoportja részemre elektronikus (telefonhívás, sms, mms, e-mail, fax) reklám-célú üzeneteket, elektronikus hirdetések, elektronikus leveleket küldjön, hívásokat indítson. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Hozzájárulok ahhoz, hogy – a 4.1. pontban megjelölt célból – kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással, személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4. Hozzájárulok, hogy a biztosító az általa kezelt biztosítási titoknak minősülő adataimat a vele szerződésben álló biztosítási ügynökeinek a biztosítási szerződéssel, illetve új biztosítási termékekkel összefüggésben szóbeli, postai levél, vagy elektronikus eszköz útján történő informálásom érdekében visszavonó nyilatkozatomig, de legkésőbb a biztosítási szerződéssel összefüggő igény érvényesíthetőségéig átadja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5. 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 beszerze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 157.§ (1) és (6)–(7) bekezdésében, valamint a 159.§ (1) bekezdésében 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Kelt: Dátum: év hó nap

A Biztosított adatai

Titulus: Vezetéknév: Keresztnév #1: Keresztnév #2:

Irányítószám: Település:

Utca: Házszám:

Biztosított aláírása:

A Szerződő adatai

Titulus: Vezetéknév: Keresztnév #1: Keresztnév #2:

Irányítószám: Település:

Utca: Házszám:

Szerződő aláírása:

ALT-A06-A-100419/1