

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt..

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800

Honlap: www.alfa.hu

I. SZERZŐDÉS ADATAI

Szerződésazonosító:

 Szerződő neve
(pl. cég, vállalat):

II. BIZTOSÍTOTT ADATAI

 Biztosított (sérült)
vezetékneve:

utóneve:

Születési ország:

Születési helység:

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

 A biztosított: jobbkezes balkezes

Állandó lakcíme:

irányítószám:

helység:

út/utca/tér:

házszaám:

emelet:

ajtó:

 Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? Igen Nem

Ha igen, mióta? _____ év _____ hó _____ naptól

Milyen okból?

III. MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS (Kötelező kitölteni, amennyiben az Ön vagy Hozzá tartozójának a Munkáltatója kötött csoportos biztosítást.)

 Munkavállaló
vezetékneve:

utóneve:

Anyja vezetékneve:

utóneve:

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Igazoljuk, hogy a fent nevezett munkavállaló: _____ év _____ hó _____ naptól folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Munkáltató aláírása, ph

IV. FŐBIZTOSÍTOTT ADATAI (Kötelező kitölteni, amennyiben hozzátartozója kötötte a biztosítást.)

Vezetékneve:

utóneve:

Anyja vezetékneve:

utóneve:

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

V. A BALESET LEÍRÁSA

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

VI. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYEK ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK
Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult személy-azonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

- Csonttörés, csontrepedés
- Baleseti eredetű keresőképtelenség, táppénzes állomány
- Baleseti eredetű kórházi ápolás
- Baleseti műtét
- Baleseti eredetű égési sérülés
- Baleseti rokkantság (maradandó egészségkárosodás)
A szolgáltatási igényt a csontkolással nem járó esetekben a végleges állapot alapján, a balesettől számított 2 éven belül bírálja el a biztosító.

Benyújtandó irat: sérülés orvosi igazolása (röntgen lelet)

Benyújtandó irat: keresőképtelen állapot tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)

Benyújtandó irat: folyamatos kórházi ápolás orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó)

Benyújtandó irat: műtét orvosi igazolása, előzmény iratok

Benyújtandó irat: baleseti égési sérülés orvosi igazolása, kontrollvizsgálati leletek

Benyújtandó irat: baleseti eredetű rokkantság orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok, utolsó kontrollvizsgálat leletei

További információ: (+36) 1-477-4800, www.alfa.hu

- Gyermekszületés
 Megváltozott munkaképesség

Benyújtandó irat: születési anyakönyvi kivonat

Benyújtandó irat: szakigazgatási szerv jogerős határozata, szakértői bizottság szakvéleménye

Aranyfedezet biztosítás esetén: Kérem a biztosítás pénzalapjának kifizetését, és a biztosítás megszüntetését.

- Műtét
 Kórházi ápolás
 Kritikus betegség
 Betegségi eredetű táppénzes állomány

Benyújtandó irat: műtét orvosi igazolása (zárójelentés), előzmény orvosi iratok

Benyújtandó irat: folyamatos kórházi ápolás igazolása, (zárójelentés, elbocsátó)

Benyújtandó irat: kritikus betegség orvosi igazolása (zárójelentés vagy kórházi elbocsátó), előzmény iratok

Benyújtandó irat: keresőképtelen betegállomány tartamának és okának igazolása (orvosi vagy TB kifizetőhelyi)

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

Törvényes képviselő vezetékneve: _____ utóneve: _____

A Biztosító kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Ptk. 2:15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíti, melyről az illetékes gyámhatóságot is értesíti.

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

Kijelentem, hogy vagyonkezelői jogosultságom nem korlátozott.

Jogosult vezetékneve: _____ utóneve: _____

Anyja születési vezetékneve: _____ utóneve: _____

Születési ország: _____ Születési helység: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

X

Törvényes képviselő aláírása

VIII. KIFIZETÉS FELVÉTELÉRE JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

Jogosult/törvényes képviselő vezetékneve: _____ utóneve: _____

Születési vezetékneve*: _____ utóneve: _____

Anyja születési vezetékneve*: _____ utóneve: _____

Születési ország: _____ Születési helység: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap Neme*: Férfi Nő Kedvezményezettség aránya: _____ %

Állampolgársága*: _____

További állampolgárságai (Írja be valamennyit)*: _____

Állandó lakcíme: _____

irányítószám: _____ helység: _____

út/utca/tér: _____ házsám: _____ emelet: _____ ajtó: _____

Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útlevel, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány)

típusa*: _____ száma*: _____

érvényessége*: _____ év _____ hó _____ nap Lakcímkártya száma*: _____

Mobiltelefon: _____

E-mail cím: _____

Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi bankszámlára vagy a fent megadott lakcímré:

Pénzintézet neve: _____

Számlatulajdonos vezetékneve: _____ utóneve: _____

Swift kód: _____ IBAN/Bankszámla száma: _____ - _____ - _____

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

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön személye egyértelműen beazonosítható, de a nyomtatványon megadott bizonyos adatok (jellemzően lakcím és egyéb elérhetőségek) eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatok alapján az adatmódosítást elvégezzük nyilvántartásunkban.

Aláírásával Ön nyilatkozik, hogy a nyomtatványon megadott adatai pontosak és hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban.

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

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

* Kötelező kitölteni, ha a Biztosított Kockázati életbiztosítással is rendelkezik.

Hatályos: 2023. augusztus 1.

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800

Honlap: www.alfa.hu

Szerződésszám:

Ügyfél-azonosító:

BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadása szükséges. 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 az adott igény felmerülésekor érintett adatkörre nézve.

A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésre vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

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

- **egészségügyi adatok.**

A konkrét adatokat a biztosító az ügylethez (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

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.

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

AZ ADATKEZELŐ NEVE ÉS ELÉRHETŐSÉGE

Az adatkezelő:

Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Elérhetősége: www.alfa.hu/irjonnekunk

AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE

E-mail címe: adatvedelem@alfa.hu

A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

Az adatkezelés célja

Az adatkezelő a megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

Az adatkezelés jogalapja

- kárrendezéskor az Ön hozzájárulása¹.

A hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. Döntése előtt azonban vegye figyelembe, hogy az itt megjelölt adatkezelés hiányában a biztosítási szerződés kötése, illetve a szolgáltatás teljesítése nem lehetséges.

- szolgáltatással összefüggő jogi igény esetében az Ön hozzájárulása², illetve az Adatkezelő jogi igények előterjesztéséhez, védelméhez fűződő érdeke³.

A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETTEK KATEGÓRIÁI

A biztosító (adatkezelő) a személyes adatokat átadja

- kárrendezéskor a benyújtott kárigény orvos-szakmai értékelése, felmérése érdekében a biztosítóval szerződésben álló orvos szakértőknek, akikről további információt talál a www.alfa.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 a kezelést végző egészségügyi szolgáltató, orvos megkeresését és az esemény biztosító általi elbírálásához szükséges adatok megismerését. Az ilyen információ beszerzése érdekében, ha Ön hozzájárul, megkeressük a kezelést 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

Nem történik adattovábbítás.

1. az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: R) 6. cikk (1). bekezdés a), a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai
2. a R. 6. cikk (1). bekezdés a) és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136.§
3. R. 9. cikk (2). bekezdés f) pontja

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 ezek kedvezményezettje/örököse vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződés-sel, 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 érvényesítésére indult eljárás lezárását követő 5 évig akkor is kezeli az adatokat, ha a megőrzési időből ennél kevesebb lenne hátra.

AZ ÉRINTETT JOGAI

Személyes adataival kapcsolatban bármikor, korlátozás nélkül:

- kérhet tájékoztatást az adatkezelés részleteiről, beleértve a másolat kérését,
- kérhet helyesbítést a pontatlan adatok tekintetében,
- kérhet törlést,
- kérhet kezelés korlátozását, ha az adatkezelést jogellenesnek tartja, de nem kér törlést, vagy az adatpontossági kérelem elbírálásáig, illetve
- tiltakothat a személyes adatok kezelése ellen, ha az adatok kezelése a Biztosító jogos érdekén alapul, ezen felül
- élhet adathordozhatósághoz való jogával.

A korlátozáshoz való jog alapján az adatokat csak tároljuk, egyéb műveleteket nem végzünk az adatokkal. A korlátozáshoz és a törléshez való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, hogy a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károskozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korlátozhatja a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsátott adatait géppel olvasható formátumban átadjuk Önnek, annak érdekében, hogy egy másik adatkezelőnek/adatfeldolgozóknak átadja, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei fennállnak.

Adatkezelésünk ellen panaszt nyújthat be társaságunknál az adatvedelem@alfa.hu elérhetőségen vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál, továbbá bírósághoz fordulhat.

Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

A hatóság levelezési címe: 1363 Budapest, Pf. 9

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

Az egyes jogok részletes tartalmáról a <https://www.alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html> linken tájékozódhat.

AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

A fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő döntéshozatal során nem alkalmazunk automatizált döntéshozatalt, profilalkotás nem történik.

TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

A jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelöltől eltérő célra nem használjuk.

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor írja alá, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozat aláírásával **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a rendelkezésére bocsátott különleges adataimat

- kárrendezés,
- jogi igény érvényesítése

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy 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,
- 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.

Kelt: , év hó nap

Biztosított/Jogosult, Biztosított örököseinek

vezetéknév: utóneve:

Születési ideje: év hó nap Aláírása: