

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ

a Semmelweis Egyetem Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. által közvetített Csoportos személybiztosítás szerződéshez

Haláleset, baleseti halál, baleseti maradandó egészségkárosodás, baleseti eredetű műtét, csonttörés, csontrepedés esetére szóló szolgáltatás igénylésére

(Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet).

A szerződő adatai:

1. Neve: Semmelweis Egyetem
Címe: 1085 Budapest, Üllői út 26.

A biztosított adatai:

2. Családi és utóneve: _____
3. Születés kori neve:¹ _____
4. Anyja leánykori neve: _____
5. Születési helye: _____ Ideje: _____ év _____ hó _____ nap
6. Lakcíme (levelezési) címe: _____ helység,

Út/utca, házszám, emelet, ajtó
7. Állampolgársága: magyar egyéb: _____
8. Adóügyi illetékessége: magyar egyéb: _____
9. Az azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevel Kártyás vezetői engedély²
10. Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____

A biztosított

11. Munkahelye/Hallgatói jogviszonya: _____
Foglalkozása/munkaköre: _____
12. Taj-száma: _____ Táppénzre jogosult-e? igen nem
13. Telefonszáma: _____ / _____ Faxszáma: _____ / _____
E-mail címe: _____ @ _____
14. Házi orvosának neve: dr. _____ és
rendelője címe: _____ helység,

Út/utca, házszám, emelet, ajtó
15. Folytat-e hivatásos sporttevékenységet? igen nem
Ha igen, mit? _____
16. Nyugellátásban megváltozott munkaképességűek ellátásában részesül-e? igen nem
Ha igen, milyen ellátásban? _____
Az ellátás kezdete: _____ év _____ hó _____ nap

Megjegyzés: ¹ Előző név, leánykori név. ² Kizárólag lakcímkártyával együtt.

17. Igazolás a munkaviszony/hallgatói jogviszony fennállásáról

Alulírott, mint erre hivatalosan jogosult ezúton igazolom, hogy fent nevezett biztosított a Semmelweis Egyetemmell munkaviszony vagy hallgatói jogviszonyban áll/állt.

Munkaköre: _____

Kategória: _____

munkavállaló

Munkaviszony kezdete: _____ év _____ hó _____ nap Munkaviszony vége: _____ év _____ hó _____ nap

Megváltozott munkaképesség esetén arra vonatkozó dokumentum igazolása, mellékletként csatolása.

hallgató

Hallgatói jogviszony kezdete: _____ év _____ hó _____ nap Hallgatói jogviszony vége: _____ év _____ hó _____ nap

Semmelweis Egyetem
(aláírás és bélyegző)

18. Baleset esetén kitöltendő:

(Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.) !

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap,

Helye: _____

A baleset leírása: _____

A balesetet tömegsport tevékenység során szenvedte-e el? igen nem

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a tömegsport rendezvényt! _____

Volt-e hivatalos intézkedés? igen nem

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? _____

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat? igen nem

(Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni!)

Ha igen, hol történt és ki végezte? _____

Amennyiben nem történt alkoholvizsgálat, kérjük a biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy a baleset megtörténte előtt fogyasztott-e alkohol tartalmú italt, ha igen, kérjük, nevezze meg, hogy milyen tartalmú alkoholt és milyen mennyiségben fogyasztott.

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? _____

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés? igen nem Műtét? igen nem

Ha igen, az intézmény neve és címe: _____

Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset? igen nem (Legutolsó kontroll leleteit szíveskedjék mellékelni.) !

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészén? igen nem

Ha igen, mikor és milyen volt? _____

(Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni!)

A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: _____ év _____ hó _____ nap utolsó napja: _____ év _____ hó _____ nap

Szolgáltatás teljesítése: (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.)

a) a(z) _____ - _____ - _____ számú bankszámlára átutalni.

Amennyiben a bankszámla tulajdonosa a szerződőtől eltérő személy, kérjük a bankszámla tulajdonos nevét feltüntetni.

b) a(z) _____ helység,

_____ út/utca, házszám címre megküldeni.

A kifizetendő szolgáltatási összegből _____ forint átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő

_____ szerződésszámú, _____ elnevezésű biztosításra rendszeres/ egyszeri díjként, vagy eseti díjként.

Eseti díjat kizárólag Életprogram szerződésre – a mindenkor hatályos szerződési feltételek és Kondíciós lista alapján lehet befizetni.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a biztosított neve nyomtatott betűvel

a biztosított saját kezű aláírása

19. **Halál esetén** kitöltendő (Halotti anyakönyvi kivonatot, kórházi zárójelentést, munkahelyi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv másolatát, továbbá a balesetet követően a munkáltató által készített további dokumentumok másolatait is kérjük mellékelni.)

A halotti anyakönyvi kivonat száma: _____

A halál helye: _____, ideje _____ év _____ hó _____ nap

A halál oka: baleset betegség öngyilkosság emberölés nem meghatározható

Betegség miatt bekövetkezett halál esetén:

A halált okozó betegség megnevezése: _____

Baleset miatt bekövetkezett halál esetén:

A halált okozó baleset részletes leírása: _____

A balesettel kapcsolatban volt-e rendőri intézkedés? nem igen

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? _____

Történt-e kedvezményezett jelölés? nem igen nincs információ

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat? nem igen

Ha igen, hol történt, és ki végezte? _____

A biztosítói kártérítés kifizetését kérem az alábbiak szerint teljesíteni: (csak abban az esetben kérjük kitölteni, ha történt kedvezményezett jelölés, és ez egyetlen személy)

a) a(z) _____ - _____ - _____ számú bankszámlára átutalni, vagy

b) a(z) _____ _____ helység,

_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó címre megküldeni.

Az igénybejelentő neve: _____

Címe: _____

Telefon(mobil)szám: _____

Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. tölti ki!

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

az adategyeztetést végző neve nyomtatott betűkkel

az adategyeztetést végző aláírása

bélyegző

Tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett).

A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 6. §-ának (4.) bekezdése értelmében a szerződés keretei között is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást e kárbejelentő lapon tett nyilatkozat tartalmazza.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. A Bit. alapján, amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

Az **adatkezelés időtartama**: a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával – a kötvények, egyéb ügyfeleknek szóló levelek, iratok nyomtatása vonatkozásában – a biztosítási törvények megfelelő kiszervezési szerződés keretében az ANY Biztonsági Nyomda Nyrt-t (Cg. 01-10-042030, 1102 Budapest, Halom utca 5.) bízta meg. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez postai vagy banki átutalás esetén igénybe vett Magyar Posta Zrt. és a biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank adatfeldolgozóként minősül.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére, vagy amikor a külső cég bevonásával a biztosító a szolgáltatását azonos minőségben, ám alacsonyabb költségekkel és kedvezőbb áron nyújthatja. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján **továbbíthatja** harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását az ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbiteni.

Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:

- a) az általa kezelt adatokról, illetve
- b) a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- c) az adatkezelés céljáról,
- d) az adatkezelés jogalapjáról,
- e) az adatkezelés időtartamáról,
- f) az adatfeldolgozó
 - nevééről,
 - címéről (székhelyéről),
 - adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy
 - kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.

Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket a biztosító székhelyére, a biztosító adatvédelmi felelőséhez (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Vezérgazgatóság, Compliance osztály) kérjük eljuttatni.

A biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint addig kezelhet, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító köteles törölni az ügyfeivel, volt ügyfeivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

Ha nem a biztosított a kárigény bejelentője, a kedvezményezett, megbízott, hozzátartozó

Családi és utóneve: _____
Születéskori neve: * _____
Lakcíme (levelezési) címe: _____ helység,
_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó
Telefonszáma: _____ / _____

Nyilatkozat

Szolgáltatási igény: baleseti maradandó egészségkárosodás, csonttörés, csontrepedés, baleseti eredetű műtét

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Hozzájárulok, hogy a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyet-tem a biztosítónál eljárjon.

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájáruláso-mat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.

igen² nem³

b) a szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.

igen² nem³

c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, vala-mint azokról másolatot kapjon. igen² nem³

2. Alulírott biztosított önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszeré-szeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szer-ződésszámú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. betekintszen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon. Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

Kelt: _____, _____ Jév _____ hó _____ nap

a biztosított saját kezű aláírása⁴

Nyilatkozat

Szolgáltatási igény: haláleset, baleseti halál

Hozzájárulok, hogy a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyet-tem a biztosítónál eljárjon.

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes adataimat kezelje. igen² nem³

b) a biztosítási szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen. igen² nem³

c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, vala-mint azokról másolatot kapjon. igen² nem³

Kelt: _____, _____ Jév _____ hó _____ nap

a kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult sajátkezű aláírása⁴

Mellékletként csatolt dokumentumok:

Megjegyzés:

¹ Előző név, leánykori név.

² Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

³ Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

⁴ A biztosított, megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok és személyazonosító iratok:

- a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok másolata (természetes személy esetén pl. személyazonosító igazolvány, útlevél, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, adóazonosító jel)
- meghatalmazott esetén az eredeti meghatalmazás
- adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok
- munkáltatói igazolás, vagy hallgatói jogviszony igazolás
- a közlekedési baleset esetén a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás
- munkahelyi balesettel kapcsolatosan a munkahelyi baleset bekövetkeztét igazoló dokumentumok, illetve a munkáltató arra vonatkozó nyilatkozata, hogy munkahelyi baleset történt-e
- a különös szerződési feltételekben előírt iratok

Halálessettel kapcsolatos dokumentumok:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata

Hatósági, hivatali okiratok:

- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás
- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett, az eljárást lezáró jogerős határozat
- ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg jogerős öröklési bizonyítvány másolata
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőjében eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőjében eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat
- ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez

Orvosi dokumentumok:

- a háziorvosi törzskarton és kezelőkarton másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata,
- egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó, valamint a baleset bekövetkezésének időpontját követően készült összes orvosi dokumentum
- keresőképtelenséget igazoló okirat,
- a boncolási jegyzőkönyv másolata
- a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
- kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata
- az ittassági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása; amennyiben ilyen nincs, a biztosított vonatkozó nyilatkozata.
- kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat, vagy hatósági határozat
- orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT eredmények, leletek)
- az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata (beleértve az első ambuláns lapot is)
- égési sérülés bizonyításához orvosi vagy hatósági igazolás (tűzoltósági határozat)
- a megváltozott munkaképességhez vezető betegséggel kapcsolatos összes orvosi és hatósági dokumentum

Egyedi esetben további dokumentumok bemutatását is kérheti a biztosító.