

Szerződésszám: _____

Kárszám: _____

Szolgáltatási igénybejelentő a Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. által közvetített Csoportos személybiztosítás szerződéshez

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

A szerződő adatai:

1. Magyar Jégkorong Szövetség
1146 Budapest, Istvánmezei út 1-3.

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: _____)
7. Állampolgársága: magyar egyéb: _____
8. Adóügyi illetékessége: magyar egyéb: _____
9. Az azonosító okmány típusa: Személyi igazolvány Személyazonosító igazolvány Útlevél Kártyás vezetői engedély²
10. Az azonosító okmány száma: _____ Lakcímet igazoló kártya száma: _____
11. Kiskorú károsult esetén szülő vagy gondviselő neve: _____

A biztosított

12. Taj-száma: _____ Táppénzre jogosult-e? igen nem
13. Telefonszáma: _____ / _____ Faxszáma: _____ / _____ E-mail címe: _____@_____
14. Házi orvosának neve: dr. _____ és
rendelője címe: _____

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

15. Biztosított nyilatkozom, hogy érvényes játékgengedéllyel rendelkezem igen nem

16. Biztosított nyilatkozom, hogy a baleset

- válogatott mérkőzésen válogatott edzésen nem válogatott mérkőzésen nem válogatott edzésen
történt.

17. Fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás esetén kitöltendő (Zárójelentését, kórházi igazolását szíveskedjék mellékelni.)!

Az ápolás kezdete: _____ év _____ hó _____ nap Az ápolás vége: _____ év _____ hó _____ nap

Az ápolás oka: baleset betegség

Műtét történt-e? nem igen A műtét megnevezése: _____

18. Baleset esetén kitöltendő:

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

A baleset időpontja: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra, Helye: _____

A baleset leírása: _____

A balesetet edzés vagy mérkőzés tevékenység során szenvedte-e el? _____

Volt-e hivatalos intézkedés? nem igen Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? _____

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat? nem igen
(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? nem igen Műtét? nem igen

Ha igen, az intézmény neve és címe:

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

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

19. Napi térítés esetén kitöltendő: (Táppénzes igazolás másolatát kérjük, szíveskedjék mellékelni.) !

A 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, házsám 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
képviselő aláírása

a biztosított saját kezű aláírása vagy kiskorú esetén törvényes

Hungarikum Biztosítási Alkusz Zrt. tölti ki!

A biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt: _____, _____ év ____ hó ____ nap

az adategyeztetést végző neve nyomtatott betűkkel

az adategyeztetést végző aláírása

Bélyegző

Tájékoztató 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 a kiszervezett tevékenység 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 adatfeldolgozójának 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 szolgáltatást 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 marketinges 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 valóságban meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbíteni.

Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:

- az általa kezelt adatokról, illetve
- a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- az adatkezelés céljáról,
- az adatkezelés jogalapjáról,
- az adatkezelés időtartamáról,
- az adatfeldolgozó
 - nevéről,
 - 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., Vezetérgazgatóság 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 kezelheti, 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 ügyfeleivel, volt ügyfeleivel 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 élni tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

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

Családi és utóneve: _____
Születéskori neve: _____
Lakcíme: _____ helység
_____ út/utca, hászám
Telefonszáma (vezetékes): ____ / _____ Telefonszáma (mobil): ____ / _____

Nyilatkozat

Szerződésszám: _____

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 helyettem a biztosítónál eljárjon.

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki a rra vonatkozó önkéntes és határozott **hozzájárulást**, hogy az Allianz Hungária Zrt.

- a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje. igen¹ nem²
- a **szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen. igen¹ nem²
- a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon. igen¹ nem²

2. Alulírott biztosított önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, 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 szerződésszámú 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 adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot 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: _____, _____ év _____ hó _____ nap

_____ a biztosított saját kezű aláírása vagy kiskorú esetén törvényes képviselő

aláírása ³

Megjegyzés:

1. Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.
2. Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.
3. A biztosított, megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

Mellékletként csatolt dokumentumok:

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok és személyazonosító iratok:

- a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok másolata aláírva (természetes személy esetén pl. személyazonosító igazolvány, útlevel, lakcímet igazoló hatósági igazolvány, adóazonosító jel)
- meghatalmazott esetén az eredeti meghatalmazás
- sportbalesettel kapcsolatosan a sportbaleset bekövetkeztét igazoló dokumentumok, baleseti jegyzőkönyv, illetve a szerződő arra vonatkozó nyilatkozata, hogy sportbaleset történt-e edzésen vagy versenyen
- a különös szerződési feltételekben előírt iratok

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 (Törvényes Képviselői Nyilatkozat Nyomtatványszám: AHE-43309/3)
- 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:

- egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó, valamint a baleset bekövetkeztének 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)
- Egyedi esetben további dokumentumok bemutatását is kérheti a biztosító.