

A Szerződő neve: **Országos Asztalos- és Faipari Szövetség 8440-Herend, Küllerület hrsz: 010/44.** Kárszám:

1. A biztosított neve:	3. Leánykori neve:
2. Születési helye: <span style="float: right;">Ideje:</span>	4. Anyja neve:
5. A Biztosított címe:	
6. Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? igen / nem Ha igen, mióta? .....év.....hó.....-tól Milyen okból?	

7. A baleset helye:	8. Ideje: .....év .....hó .....nap
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 testrész 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?

14. Milyen biztosítási modul alapján igényel térítést: <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. műtét <input type="checkbox"/> baleseti/munkahelyi bal. rokkantság	15. Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni: <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"/> Baleseti jegyzőkönyv másolata <input type="checkbox"/> Hatósági eljárás esetén: határozat, végzés, ítélet - másolata <input type="checkbox"/> A jogosult szig. másolata <input type="checkbox"/> Közlekedési bal. esetén vezetői engedély másolata
---	---	--

16. Utalási nyilatkozat. Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:	
<input type="checkbox"/> A következő számlaszámra: .....	<input type="checkbox"/> Az 5.pontban feltüntetett laccimre
Dátum: .....	..... Jogosult (v.törvényes képviselője) aláírása

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 ügyféleként 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 Zrt. részére átadják.

Kelt:....., .....év.....hó.....- n az igénybejelentő neve:.....  
szig.száma:.....
az igénybejelentő aláírása

A Biztosító tölti ki!

17. Díjigazolás. A bizt.díj 20.....év.....hó.....nap – 20.....év.....hó.....nap-ig rendezve. Befolyt: 20.....év.....hó.....nap. Aláírás:			
18. Szolgáltatási összegek:		műtét .....Ft ( kis – közepes – nagy – kiemelt )	
rokkantság .....Ft ( .....%)			
19.Szolgáltatási összeg összesen: .....Ft	20. Számféjtette:	21. Ellenőrizte:	22. Utalványozta:
Ut.szsz: /20.....	20.....	20.....	20.....

## A-06 TÁJÉKOZTATÓ ÉS NYILATKOZAT az adatkezelésről

AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
1091 Budapest, Üllői út 1.

Információs Vonal: 06 /40-204-204  
Honlap: www.aegon.hu

### TÁJÉKOZTATÁS

1. Az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. (a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 2003. évi XLVIII. törvénnyel módosított, 1992. évi LXIII. (továbbiakban Atv) és a 2003. évi LX. törvény (továbbiakban: Bit) felhatalmazása alapján, a Bit 3.§. 61 pontjában megjelölt ügyfelei személyes és különleges adatait a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és a szolgáltatással kapcsolatosan a szerződés érvényességének, illetve az érvényesség lejártaival a törvényi előírásoknak megfelelően, a kötelező megőrzés idejéig tartja nyilván és kezeli.

2. A biztosítót a tudomására jutott és az ügyfelei személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, valamint biztosítási szerződéseire vonatkozó adatok tekintetében (biztosítási titok) időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli. A biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító harmadik fél részére csak akkor adhatja ki, ha az érintett fél, vagy törvényes képviselője a kiszolgáltatható titokkört pontosan megjelölve arra írásbeli felmentést ad. A biztosító az ügyfél felmentésének hiányában biztosítási titkot kizárólag a biztosítóintézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvényben, illetve az ezt felváltó 2003. évi LX. törvényben felsorolt szervezeteknek és csak az ott megjelölt körben szolgáltatathat ki.

2.1 Az ügyfél nyilatkozataiban foglalt hozzájárulás feltétele, hogy az ügyfél az álláspontját kifejtse és kérelmére az alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjon.

### 3. Az érintettek jogai és érvényesítésük

Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését. Az adatkezelő a kérelmező részére tájékoztatást ad az általa kezelt adatairól és az adatkezelés törvényben meghatározott körében annak körülményeiről.

### 4. Tiltakozási jog és jogorvoslati lehetőség

A személyes adatok védelméről szóló törvény 16/A. §-a szerint az érintett tiltakozhat személyes adatának kezelése ellen, többek között, ha a személyes adatok kezelése (továbbítása) kizárólag az adatkezelő vagy az adatátvevő jogának vagy jogos érdekének érvényesítéséhez szükséges, kivéve, ha az adatkezelést törvény rendelte el. Az érintett tiltakozhat abban az esetben is, ha a tiltakozás jogának gyakorlását egyébként törvény lehetővé teszi. Az adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni, és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett a jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. Az adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

### 5. Az adatkezelés célja, tartama

Az adatkezelés célja lehet a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése, vagy a törvény által meghatározott egyéb cél, a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatok pedig addig kezelhetők, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

### NYILATKOZAT

**Amennyiben az adatkezeléshez hozzájárul, kérjük a négyzeteket üresen hagyni. (Csak akkor töltsé ki, ha az adott ponthoz nem járul hozzá!)**

6. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok, hogy a Biztosító a holland anyavállalat, az AEGON N.V. hazai és külföldi leányvállalataiból álló vállalatcsoport tagjai részére adataimat átadja, kockázatelemzési, marketing, valamint ügyfélkiszolgálás színvonalának emelése és a közös ügyfélkiszolgálás céljából

7. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy telefonszámomra, e-mail címemre a Biztosító reklámcélú rövid üzeneteket (sms), elektronikus hirdetéseket, elektronikus leveleket küldjön, hívásokat indítson.

8. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy telefonszámomra, e-mail címemre a Biztosító a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, a Biztosító által nyújtandó szolgáltatásokkal kapcsolatban rövid üzeneteket (sms), elektronikus leveleket küldjön, hívásokat indítson.

9. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy – a TÁJÉKOZTATÁS 5. pontjában megjelölt célból – kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen.

10. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse 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.

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. A biztosító köteles törölni minden olyan ügyfeleivel, volt ügyfeleivel, létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

**A szerződő/biztosított a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni. A meghatalmazott útján tett nyilatkozat érvénytelen!**

Érvényes: 2008. május 1-jétől

Kelt: .....

Bitosított aláírása: .....