

Ügyszám: /

Elhunyt (biztosított) neve:

Születési helye:

Születési ideje:

 év hó nap

Állandó címe:

Szerződésazonosító:

Módozat neve:

Amennyiben a biztosított és a szerződő nem azonos személy:

Szerződő neve:

Születési ideje:

 év hó nap

Lakásbiztosítás esetén:

Az elhunyt a szerződő hozzátartozója közeli hozzátartozója. Az elhunyt év hó naptól közös háztartásban lakott a szerződővel.

Az alábbi rovatot kérjük, csak baleseti halál esetén töltsse ki, és a bejelentőhöz csatolja a benyújtandó irato(ka)t.

Baleset körülményei (mikor, hol, hogyan történt, sérülés leírása):

 év hó nap

Volt-e hatósági vizsgálat?

 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, jogosítvány másolata

Az alábbi rovatot kérjük, csak nem baleseti halál esetén töltsse ki.

A halál oka:

Amennyiben az elhunyt betegség következtében halt meg:

A halált okozó megbetegedés orvosiilag megállapított kezdete:

 év hó nap

Utolsó kezelőorvosának neve:

Utolsó kezelőorvosának címe:

Amennyiben az elhalálozás helye kórházban volt:

Kórház neve:

Kórház címe:

Amennyiben volt hatósági vizsgálat:

Eljáró hatóság:

Benyújtandó irat(ok): Hatósági végzés/határozat/ítélet, haláleset utáni orvosi jelentés

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult és a szerződő (ha a jogosulttól különböző személy) személyazonosító dokumentumainak (szem.ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

Biztosított gyermekének halála

Benyújtandó irat: halotti anyakönyvi kivonat

Biztosított gyermekének halva születése

Benyújtandó irat: halotti anyakönyvi kivonat, igazolás késői magzathalálról

Biztosított élet-/házastársának halála

Benyújtandó irat: halotti anyakönyvi kivonat, öröklési nyilatkozat

Kijelentem, hogy az elhunyttal – akinek nem volt kereső foglalkozása – haláláig legalább 3 éve együtt éltem.

Biztosított halála baleseti okból

Benyújtandó irat: halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, kedvezményezett jelölés, amennyiben az örökös a kedvezményezett: jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány vagy öröklési nyilatkozat, továbbá a 2014.03.15-e előtt kötött biztosítások esetén biztosítási kötvény, tagsági könyv vagy fedezetet igazoló dokumentum

nem baleseti okból

Kijelentem, hogy a biztosítottal, mint házastársammal haláláig együtt éltem.

Az elhunyt, halálakor 1 éven aluli gyermeket nevelt háztartásában.

Benyújtandó irat: családi pótlékra való jogosultságot igazolása (határozat)

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn, és nem jelenti a biztosítási titok megsértését az adatok átadása a Bit. 138.§.(1)–(8) bekezdésében, valamint a 140.§–143.§-okban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára való továbbítás.

A biztosító a Bit. 149.§ (1) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és betegség-biztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadás érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított/kedvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

A biztosító – törvényi kötelezettség alapján* – **2019. június 26. napjáig minden életbiztosítással és/vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles ismeltelen azonosítani**, melynek keretében az ügyfél köteles azonosító adatait, nyilatkozatait és azonosító okmányainak másolatát az új jogszabályi rendelkezések szerint a biztosító rendelkezésére bocsátani. **Felhívjuk figyelmét, hogy ezek hiányában a biztosító köteles a kifizetést megtagadni.** A biztosító azonosítási kötelezettségéről bővebben a biztosító www.aegon.hu oldalán olvashat.

Tudomásul veszem, hogy a kifizetés feltétele a szolgáltatásra jogosult személy azonosítása. A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a személyazonosító dokumentumok személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz. **A személyazonosság igazolására alkalmas dokumentumok: személyazonosító igazolvány, útlevél, valamint kártya formátumú vezetői engedély. Kérjük, minden esetben csatolja lakcímkártyájának kizárólag a lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is.**

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványom, illetve lakcímkártyámon rögzített, de a biztosítási szerződésben nem szereplő személyes adataim Biztosító általi kezeléséhez. Az adatkezelés tartama a biztosítási szerződéssel összefüggő adatok kezelésére irányadó adatkezelési időtartam.

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, 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.

Kérjük, hogy a bejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be: **Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf.: 63.**

Az alábbi rovatot kérjük, csak kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosult esetén töltsé ki.

Jogosult neve:

Születési ideje:

 év hó nap

Anyja neve:

A kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személy javára teljesítendő biztosítás szolgáltatást a Polgári Törvénykönyv 2:15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesítjük.

Az alábbi rovatban kérjük, hogy a kifizetésre vonatkozó adatokat nyomtatott betűkkel töltsé ki.

Felhívjuk figyelmét, hogy a postai úton történő teljesítés jelentősen meghosszabbítja az utalás időtartamát.

1. Jogosult/törvényes képviselője nyilatkozata és adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Neme:

 Férfi Nő

Kedvezményezetttség aránya:

 %

Születési helye:

Születési ideje:

 év hó nap

Állandó címe:

Adóazonosító jele:

Adószáma (cég esetén):

Állampolgársága:

Mobiltelefon:

E-mail cím:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

Pénzintézeti számlára

Számlatulajdonos neve:

Számla száma:

 - -

Címre (Állandó címre vagy tartózkodási helyre)

Az adózás rendjéről szóló 2017. évi ART 50§ (2) 28. pontja szerint életbiztosítási szerződés alapján történő kifizetéshez a kifizetés jogosultjának nyilatkoznia kell arról, hogy az Európai Unió valamely tagállamának adóügyi illetőségével rendelkezik-e. Ennek értelmében, mint a kifizetés jogosultja akként nyilatkozom, hogy az **adóügyi illetőségem:**

nem az Európai Unió tagállama

az Európai Unió tagállama, ország neve (kötelező adat):

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön által megadott adatok eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatokat tekintjük érvényesnek. Aláírásával Ön hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban (pl. állandó lakcím, e-mail cím).

Kelt:

 , év hó nap Aláírás:

Fontos! A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján** – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. **Kérjük, olvassa el a csatolt tájékoztatót (A-07-K) és aláírásával járuljon hozzá adatainak kezeléséhez!** Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésére vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó neve:

kódja:

elérhetősége:

Ügyszám:

Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget vállalok.

Dátum:

 év hó nap

Tanácsadó aláírása:

* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 79.§-a..

** Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete.

Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: 06-1-477-4800

Honlap: www.aegon.hu

Kárszám:

Szerződészsám:

Ügyfél-azonosító:

BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadását kérheti. 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.

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

- **egészségügyi adatok.**

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.

A fenti adattípushoz tartozó a biztosító által kért konkrét adatokat a biztosító az ügylet (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

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

AZ ADATKEZELŐNEK ÉS KÉPVISELŐJÉNEK A KILÉTE ÉS ELÉRHETŐSÉGEI

Adatkezelő: Neve: Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Képviselői: Neve: Bodor Péter
Elérhetősége: <https://www.aegon.hu/adatbiztonsag>
Neve: Szombat Tamás
Elérhetősége: <https://www.aegon.hu/adatbiztonsag>

AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE;

Neve: dr. Nagy László
E-mail címe: adatvedelem@aegon.hu

A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA**Az adatkezelés célja**

Az adatkezelő az Ön által megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

Az adatkezelés jogalapja

Adatkezelőként az Ön adatait az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: R) alapján

- kárrendezésre a R. 6. cikk (1). bekezdés a), a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai (**az Ön hozzájárulása**), továbbá,
- ha a szolgáltatás teljesítésével összefüggésben jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válna szükségessé, a R. 6. cikk (1). bekezdés a) és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136. § (**az Ön hozzájárulása**), R. 9. cikk (2). bekezdés f) pontja (**jogi igény érvényesítése, védelme**)

alapján kívánja kezelni.

A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETEK KATEGÓRIÁI

A biztosító (adatkezelő) az Ön személyes adatait átadja

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

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelő informatikai működését az adatkezelő tulajdonosa (AEGON N.V. székhelye: Aegonplein 50, 2591 TV, The Hague, Hollandia Cégjegyzékszám: 27076669), tulajdonában lévő EDC Company (Cégjegyzékszám: SC367146 Székhely: Aegon Lochside Crescent, Edinburgh Park, Edinburgh EH12 9SE, Egyesült Királyság) kiszervezett tevékenység keretében biztosítja, amelynek során az adatai átfutnak olyan számítógépeken is, amik az AEGON nemzetközi cégcsoport Európai Unió belüli országaiban helyezkednek el. Ezekben az országokban az Ön adatait nem kezelik, csupán az adatok technikai továbbítását végzik.

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 a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződéssel, 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 alapján szolgáló eseménnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje vagyis, a jogi igény bejelentését követő 20 évig

kívánja kezelni.

AZ ÉRINTETT JOGAI

Tájékoztatjuk, hogy bármikor, korlátozás nélkül kérhet

- tájékoztatást,
- helyesbítést,
- törlést,
- az adatkezelés korlátozását, illetve
- tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen.

A korlátozáshoz és a tiltakozáshoz való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, ha biztosítási szolgáltatásra irányuló szerződést köt az adatkezelővel, ezen jogai leszűkülnek, hiszen a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károkozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korlátozhatja a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Tájékoztatjuk, hogy Önt megilleti az *adathordozhatósághoz való jog*, amelynek keretében kérheti, hogy a részünkre Ön által megadott és általunk kezelt adatait, egy Ön által megjelölt adatkezelőhöz/adatfeldolgozóhoz továbbítsuk, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei rendelkezésre állnak.

Tájékoztatjuk, hogy az Ön *hozzájárulásával kezelt adatokra vonatkozóan* a hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét, azonban a döntése előtt vegye figyelembe ha biztosítási szolgáltatásra irányuló szerződést köt az adatkezelővel, a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény, jogi igény rendezése érdekében elengedhetetlen.

Ha automatizált adatkezelés tekintetében véleménye van, vagy kifogást kíván benyújtani, vagy ha az automatizált döntési folyamatba emberi beavatkozást kér, azt a Biztosító fenti elérhetőségein bármikor megteheti.

Tájékoztatjuk, hogy adatkezelésünk ellen a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (NAIH), vagy bírósághoz fordulhat.

Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C.

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

Tájékoztatjuk, hogy fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő adatkezelés során számítástechnikai eszközöket alkalmazunk, amely folyamatba manuális úton is beavatkozunk, a kárigényről többségében manuális módszerekkel döntünk.

TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

Tájékoztatjuk, hogy a jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelölttől eltérő célra nem használjuk.

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

(Kérjük, hogy a döntését a négyzetekben elhelyezett X-jellel jelölje!)

A biztosító fenti tájékoztatása alapján **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a mellékletben felsorolt különleges adataimat

- kárrendezés,** igen nem
- jogi igény érvényesítése** igen nem

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító

- 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,** igen nem
- 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. igen nem

Kelt:

Dátum: év hó nap

Biztosított/Jogosult Biztosított örökösének a neve	Születési ideje	Aláírása
	<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	