

A dokumentum a Haláleseti Szolgáltatási igénybejelentő része, az azon szereplő adatokkal és tájékoztatással együtt érvényes.
Az alábbi rovatban kérjük, hogy a kifizetésre vonatkozó adatokat nyomtatott betűkkel töltsse ki.

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.

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.

2. Jogosult/törvényes képviselője nyilatkozata és adatai:

Neve: Születési neve:
 Anyja születési neve: Neme: Férfi Nő Kedvezményezettség aránya: %
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Állandó címe:
 Adóazonosító jelle: Adószáma (cég esetén): Állampolgársága:
 Mobiltelefon: E-mail cím:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését (Felhívjuk figyelmét, hogy a postai úton történő teljesítés jelentősen meghosszabbítja az utalás időtartamát.):

Pénzügyi 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:

3. Jogosult/törvényes képviselője nyilatkozata és adatai:

Neve: Születési neve:
 Anyja születési neve: Neme: Férfi Nő Kedvezményezettség aránya: %
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Állandó címe:
 Adóazonosító jelle: Adószáma (cég esetén): Állampolgársága:
 Mobiltelefon: E-mail cím:

Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését (Felhívjuk figyelmét, hogy a postai úton történő teljesítés jelentősen meghosszabbítja az utalás időtartamát.):

Pénzügyi 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:

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó neve: kódja: elérhetősége:
 Ügyszám: Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget vállalok.
 Dátum: év hó nap Tanácsadó aláírása:

* 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 ügylethez (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 TISZTVESELŐ 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
- tiltakothat 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 orvossalakértői vélemény beszerzése érdekében, a biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a biztosító által megbízott **orvossalakértőnek 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	