

Útlemondási kárbejelentő

1. **Kötvényszám:**
2. **Szerződő neve** (ha a Szerződő és a Biztosított személye megegyezik, csak a Biztosított rovatot kell kitölteni):
.....
lakcíme:
születési helye, ideje (év, hó, nap):
3. Az utazást lemondó **Biztosított neve:**
.....
lakcíme:
születési helye, ideje (év, hó, nap):
4. **Kiskorú Biztosított esetén** a törvényes képviselő adatai:
neve:
lakcíme:
születési helye, ideje (év, hó, nap):
5. **Az utazásképtelenség oka:**
- betegség (ld. 1.sz. melléklet)
 - baleset (ld. 1.sz. melléklet)
 - haláleset
 - terhesség (ld. 1.sz. melléklet)
 - házassági per
 - Biztosított vagyontárgyában keletkezett kár
 - Biztosított munkaviszonyának megszűnése
 - bírósági idézés
 - Biztosított alap- vagy középfokú tanulmányai során a tanév sikertelensége
 - Egyéb ok:

5.1 A kárbejelentőhöz kérjük az alábbi dokumentumokat csatolni:

- 5.1.1** az esemény időpontjában érvényes biztosítási kötvényt, továbbá tájékoztatást a más biztosítónál azonos biztosítási érdekre megkötött és a biztosítási esemény napján is hatályos biztosítási szerződésre vonatkozó kötvényről, vagy más - a kár megtérülésére vonatkozó dokumentumról,
- 5.1.2** a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt (kárbejelentési nyomtatvány)
- 5.1.3** az utazási szerződést, az utazás ellenértékéről kiállított számlá(ka)t, a kifizetését igazoló bizonylato(ka)t
- 5.1.4** az utazásszervező által az utazási szolgáltatás lefoglalását visszaigazoló dokumentumot, amely tartalmazza az utazási szolgáltatás jellegét és időpontját, a résztvevő utasok nevét, az utazásszervező részére befizetett összegeket,

- 5.1.5** az utazásszervező által az utazási szolgáltatás lemondásáról kiállított lemondási költségekről (bánatpénz) szóló számlát, amely tartalmazza az igénybe nem vett szolgáltatás időpontját, a lemondott utasok és a szolgáltatás azonosítására szolgáló adatokat, a bánatpénz összegét, és a lemondás időpontját,
- 5.1.6** az utazásszervező vagy légitársaság igazolását arra vonatkozóan, hogy mely igénybe nem vett szolgáltatások árát nem téríti vissza,
- 5.1.7** az ügyfél által az utazásszervező iroda felé írásban benyújtott lemondást az utazási szolgáltatásról,
- 5.1.8** az igénybe nem vett szolgáltatásra vonatkozóan az utazásszervező által kiállított sértetlen és hiánytalan utalványt (voucher) és/vagy repülőjegyet,
- 5.1.9** amennyiben a biztosítási esemény betegség vagy baleset miatt következett be, a betegséggel, balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumokat (zárójelentés, ambuláns lap), képalkotó vizsgálatok leleteit, a betegség kezdetét igazoló szakorvosi leleteket
- 5.1.10** krónikus betegség esetén a biztosítási esemény bekövetkeztét okozó állapotrosszabbodást igazoló orvosi leleteket, vizsgálati eredményeket, a korábban alkalmazott és a jelen kezelést (gyógyszer, egyéb therápiás beavatkozás) tartalmazó szakorvosi leleteket
- 5.1.11** a kezelés, gyógyulás várható befejezésének időpontját (az orvos szakmailag elfogadott átlagos gyógytartamot figyelembe véve) tartalmazó szakorvosi leleteket, a kezelés folyamán keletkezett, a gyógyulási folyamat követésére alkalmas kontroll leleteket
- 5.1.12** az utazás ellenjavallatait tartalmazó szakorvosi leletet, vizsgálati eredményekkel alátámasztva
- 5.1.13** a benyújtott dokumentumoknak tartalmaznia kell az ellátóhely kódját, naplószámot, a beteg személyes adatait, meg kell felelni az orvosi dokumentumok tartalmi követelményeinek (előzmény, jelen állapot, vizsgálati eredmények, kezelés, további kezelési terv, diagnózis), szerepelnie kell rajta az ellátóhely és az ellátó orvos pecsétjének és aláírásának
- 5.1.14** a biztosító az orvosi dokumentáció eredeti példányát is kérheti, amelyet az elbírálás után visszajuttat a biztosított részére
- 5.1.15** amennyiben az utazás lemondását baleset okozta, a baleset pontos időpontját és körülményeit tartalmazó dokumentumokat, a baleset utáni első ellátás leletét, a képalkotó vizsgálatok leleteit, és a kezelés során keletkezett összes orvosi dokumentumot, a kezelés várható időtartamát meghatározó szakorvosi leletet
- 5.1.16** halotti anyakönyvi kivonatot, halottvizsgálati bizonyítványt, boncolási jegyzőkönyvet, hagyatékátadó végzést
- 5.1.17** Biztosított vagyontárgyát érintő kár esetén a kár bekövetkezését, mértékét és a káresemény körülményeit dokumentáló rendőrségi, tűzoltósági, és/vagy biztosítói igazolást,
- 5.1.18** közlekedési baleset esetén, a balesetről felvett rendőrségi jegyzőkönyvet, illetve, amennyiben rendőrségi jegyzőkönyv nem készült, akkor az ügyben eljáró biztosító igazolását
- 5.1.19** dokumentumok eltulajdonítása esetén a rendőrségen tett bejelentés jegyzőkönyvét,
- 5.1.20** munkaviszony megszűnése esetén:
- 5.1.20.1** a Biztosított személyi igazolványának fénymásolatát (az arcképfelvétel nélkül),
 - 5.1.20.2** a munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
 - 5.1.20.3** a munkáltató által az utolsó munkában töltött napon kiállított hivatalos munkaviszonyigazolás másolatát,
 - 5.1.20.4** a munkaviszony megszüntetésére vonatkozó dokumentumot (a munkáltató indoklással ellátott felmondását).
- 5.1.21** amennyiben a Biztosított a kockázatviselés időtartama alatt alap- vagy középfokú tanulmányai során a tanév végén megbukik, abban az esetben az illetékes oktatási intézmény hivatalos igazolását a sikertelen vizsga időpontjáról, és a lehetséges pótvizsga időpontokról,
- 5.1.22** tanúként történő bírósági vagy hatósági idézés esetén az erről szóló végzés másolatát, valamint annak igazolását, hogy a bíróság vagy hatóság az Biztosított kérelme alapján az utazásra való tekintettel mulasztást nem engedélyezett,
- 5.1.23** házassági perrel kapcsolatos igény esetén az ennek tényét és időpontját egyértelműen alátámasztó hivatalos dokumentumokat.

6. Ha a Biztosított nem saját betegsége miatt mondja le az utat:

A beteg (elhunyt) neve:

lakcíme:

rokoni kapcsolata a Biztosítottal:

A megbetegedés (halál) időpontja:

7. Az utazásra vonatkozó adatok

Az utazást értékesítő iroda (amennyiben a foglalás utazási irodán keresztül történt), vagy a repülőjegyet értékesítő iroda tölti ki!

Az utazásszervező iroda (akivel az utazási szerződés létrejött):

Neve:

Székhelye:

A kitöltésért felelős személy neve:

Telefonszáma:

Kérjük az utazási szerződést a kárbejelentőhöz csatolni.

A repülőjegyet értékesítő iroda:

Neve:

Székhelye:

A kitöltésért felelős személy neve:

Telefonszáma:

Az utazásra jelentkezett/repülőjegyet megvásárolt és azt lemondó

személy neve:

címe:

Az utazás célországa:

Az utazás foglalásának vagy a repülőjegy megvásárlásának időpontja: 20□□.□□.□□.

Az utazás időtartama: 20□□.□□.□□. – 20□□.□□.□□.-ig

Az utazás vagy a repülőjegy lemondásának időpontja: 20□□.□□.□□.

Részvételi díj: Ft

Befizetett összeg (előleg): Ft

Lemondási költség (a kalkulált utasbiztosítási díj nélkül a részvételi díj%-a):

..... Ft

Önrész: Ft

1. sz. Melléklet

Felmentés az orvosi titoktartás alól

Alulírott elfogadom, hogy az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt. – mint biztosító – szolgáltatási kötelezettségének megítéléséhez felülvizsgálja a kártérítési igényem alapjául szolgáló adatokat, állításokat. Emiatt felmentem titoktartási kötelezettségük alól az engem kezelő és az általam jelen dokumentumban megnevezett egészségügyi dolgozókat, orvost vagy orvosokat, halálomon túl is.

Az orvosi titoktartás alóli felmentés egy már korábbi – orvos vagy más egészségügyi dolgozó által – végrehajtott kezelésre csak akkor érvényes, amennyiben ezen adatok, orvosi dokumentációk a biztosító szolgáltatási kötelezettségének ellenőrzéséhez szükségesek.

2. sz. Melléklet

A biztosított nyilatkozata

A biztosítási szolgáltatás összegét az alábbi banki folyószámlára kérem kifizetni:

számlatulajdonos neve:
számlát vezető pénzüintézet neve:
bankszámla száma: - -
IBAN szám:

Alulírott kijelentem, hogy a kárbejelentőn közölt adatok, állítások a valóságnak megfelelnek.

Mellékletek: jegyzőkönyv db, eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok db, egyéb db

Dátum:

Aláírás:

Szolgáltatási igényével kapcsolatos kérdéseivel hívja a +36-1/477-4800 telefonszámot, ahol munkatársaink hétköznap 8.00–18.00, hétfőn 8.00–20.00 óra között várják hívását.

Kérjük, hogy a kárbejelentő nyomtatványt a szükséges dokumentumokkal együtt küldje be az alábbi címre:

AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.
Országos Kárrendezési Központ
9701 Szombathely
Pf. 63.

de elküldheti az eletbejelentes@aegon.hu e-mail címre,
vagy faxon is továbbíthatja részünkre +36-1/ 476-5705.

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

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 CÍMZETTEK 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 Unión 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 alapjául 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(ak) Biztosított örököse(i)nek a neve	Születési ideje	Alírása
1.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
2.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
3.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	
4.		<input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap	