

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.  
Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800  
Honlap: www.alfa.hu

Kárszám\*:

Kötvényszám:

## 1. SZERZŐDŐ ADATAI (ha a Szerződő és a Biztosított személye megegyezik, csak a Biztosított rovatot kell kitölteni)

Szerződő vezetékneve:  utóneve:   
 Születési helye:  Születési ideje:  év  hó  nap  
 Lakcím: irányítószám:  helység:   
 út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:   
 Mobiltelefon:   
 E-mail cím:

## 2. AZ UTAZÁST LEMONDÓ BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított vezetékneve:  utóneve:   
 Születési helye:  Születési ideje:  év  hó  nap  
 Lakcím: irányítószám:  helység:   
 út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:   
 Mobiltelefon:   
 E-mail cím:

## 3. KISKORÚ BIZTOSÍTOTT ESETÉN A TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI

Szerződő vezetékneve:  utóneve:   
 Születési helye:  Születési ideje:  év  hó  nap  
 Lakcím: irányítószám:  helység:   
 út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:   
 Mobiltelefon:   
 E-mail cím:

## 4. AZ UTAZÁSKÉPTELENSÉG OKA

betegség  házassági per  
 baleset  Biztosított vagyontárgyában keletkezett kár  
 haláleset  Biztosított munkaviszonyának megszűnése  
 terhesség  bírósági idézés  
 Biztosított alap- vagy középfokú tanulmányai során a tanév sikertelensége  
 Egyéb ok:

## 5. A KÁRBEJELENTŐHÖZ CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK LISTÁJA

A kárbejelentőhöz kérjük az alábbi dokumentumokat csatolni:

- 5.1 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,
- 5.2 a Biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul, és a valóságnak megfelelően kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt (kárbejelentési nyomtatvány),
- 5.3 az utazási szerződést, az utazás ellenértékéről kiállított számlá(ka)t, a kifizetését igazoló bizonylato(ka)t,
- 5.4 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,
- 5.5 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,

\* A biztosító tölti ki.

- 5.6 az utazásszervező vagy légitársaság igazolását arra vonatkozóan, hogy mely igénybe nem vett szolgáltatások árát nem téríti vissza,
- 5.7 az ügyfél által az utazásszervező iroda felé írásban benyújtott lemondást az utazási szolgáltatásról,
- 5.8 az igénybe nem vett szolgáltatásra vonatkozóan az utazásszervező által kiállított sértetlen és hiánytalan utalványt (voucher) és/vagy repülőjegyet,
- 5.9 amennyiben a biztosítási esemény betegség vagy baleset miatt következett be, a betegséggel, balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumokat (zárójelentés, ambuláns lap, betegkarton másolata, különös tekintettel a 7.1.1.-es pontban írt lemondási ok esetén), képzővizsgák leleteit, a betegség kezdetét igazoló szakorvosi leleteket,
- 5.10 krónikus betegség esetén a biztosítási esemény bekövetkeztét okozó állapotrosszabbodást igazoló orvosi leleteket, vizsgálati eredményeket, a korábban alkalmazott és a jelen kezelést (gyógy-szer, egyéb terápiás beavatkozás) tartalmazó szakorvosi leleteket,
- 5.11 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,
- 5.12 az utazás ellenjavallatait tartalmazó szakorvosi leletet, vizsgálati eredményekkel alátámasztva,
- 5.13 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,
- 5.14 a biztosító az orvosi dokumentáció eredeti példányát is kérheti, amelyet az elbírálás után visszajuttat a biztosított részére,
- 5.15 amennyiben az utazás lemondását baleset okozta, a baleset pontos időpontját és körülményeit tartalmazó dokumentumokat, a baleset utáni első ellátás leletét, a képzővizsgák leleteit, és a kezelés során keletkezett összes orvosi dokumentumot, a kezelés várható időtartamát meghatározó szakorvosi leletet,
- 5.16 halotti anyakönyvi kivonatot, halottvizsgálati bizonyítványt, boncolási jegyzőkönyvet, hagyatékátadó végzést,
- 5.17 Biztosított vagyontárgyát érintő kár esetén a kár bekövetkezését, mértékét és a káresemény körülményeit dokumentáló rendőrségi, tűzoltósági, és/vagy biztosítói igazolást,
- 5.18 közlekedési baleset esetén, a balesetről felvett rendőrségi jegyzőkönyvet, illetve, amennyiben rendőrségi jegyzőkönyv nem készült, akkor az ügyben eljáró biztosító igazolását,
- 5.19 dokumentumok eltulajdonítása esetén a rendőrségen tett bejelentés jegyzőkönyvét,
- 5.20 munkaviszony megszűnése esetén:
- 5.20.1 a Biztosított személyi igazolványának fénymásolatát (az arcképfelvétel nélkül),
- 5.20.2 a munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
- 5.20.3 a munkáltató által az utolsó munkában töltött napon kiállított hivatalos munkaviszonyigazolás másolatát,
- 5.20.4 a munkaviszony megszüntetésére vonatkozó dokumentumot (a munkáltató indoklással ellátott felmondását).
- 5.21 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,
- 5.22 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,
- 5.23 házassági perrel kapcsolatos igény esetén az ennek tényét és időpontját egyértelműen alátámasztó hivatalos dokumentumokat,
- 5.24 a Z1 jelű záradékkal megkötött szerződések esetén: a karantén elrendelését kimondó hatósági irat másolatát.

## 6. HA A BIZTOSÍTOTT NEM SAJÁT BETEGSÉGE MIATT MONDJA LE AZ UTAT

A beteg (elhunyt) vezetékneve:  utóneve:

Lakcíme: irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házzszám:  emelet:  ajtó:

Rokoni kapcsolata a Biztosítottal:

A megbetegedés (halál) időpontja:  év  hó  nap

## 7. AZ UTAZÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

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

Az **utazásszervező iroda** neve (akivel az utazási szerződés létrejött):

Székhelye: irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házzszám:  emelet:  ajtó:

A kitöltésért felelős személy vezetékneve:  utóneve:

telefonszáma:

e-mail címe:

**Kérjük az utazási szerződést a kárbejelentőhöz csatolni.**

Az **utazást értékesítő iroda** neve:

Székhelye: irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házzszám:  emelet:  ajtó:

A kitöltésért felelős személy vezetékneve:  utóneve:

telefonszáma:

e-mail címe:

**Az utazásra jelentkezett/utazást megvásárolt és azt lemondó személy**

vezetéckneve:  utóneve:

címe: irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házzszám:  emelet:  ajtó:

Az utazás célországa:

Az utazás foglalásának időpontja:  év  hó  nap

Az utazás időtartama:  év  hó  naptól  év  hó  napig

Az utazás lemondásának időpontja:  év  hó  nap

Részvételi díj:  Ft

Befizetett összeg (előleg):  Ft

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

Önrész:  Ft

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Az utazási iroda részéről kitöltő személy aláírása

## 1. sz. Melléklet

### A BIZTOSÍTOTT NYILATKOZATA

A biztosítási szolgáltatás összegét az alábbi banki folyószámlára kérem kifizetni:

Számlát vezető pénzintézet neve:	<input type="text"/>		
Számlatulajdonos vezetékneve:	<input type="text"/>	utóneve:	<input type="text"/>
Swift kód:	<input type="text"/>	IBAN/Bankszámla száma:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

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

Melléletek:	<input type="checkbox"/> jegyzőkönyv	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> eredeti számlák	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> befizetési bizonylatok	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> orvosi iratok	<input type="text"/> db
	<input type="checkbox"/> egyéb	<input type="text"/> db

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Biztosított aláírása

**X**

Szerződő (cégszerű) aláírása

Szolgáltatási igényével kapcsolatos kérdéseivel hívja a **(+36) 1-477-4800** telefonszámot, ahol munkatársaink hétköznap 8.00–16.00, csütörtökön 7.00–19.00 óra között várják hívását.

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

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Országos Kárrendezési Központ  
9701 Szombathely, Pf. 63**

de elküldheti az **utlemondas@alfa.hu** e-mail címre, vagy faxon is továbbíthatja részünkre **(+36) 1-476-5705**.

**Hatályos: 2023. augusztus 1.**

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800

Honlap: www.alfa.hu

Szerződésszám:

Ügyfél-azonosító:

## BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadása szükséges. 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 az adott igény felmerülésekor érintett adatkörre nézve.

A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésre vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

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

- **egészségügyi adatok.**

A konkrét adatokat a biztosító az ügylethez (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

**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.

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

## AZ ADATKEZELŐ NEVE ÉS ELÉRHETŐSÉGE

### Az adatkezelő:

Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Elérhetősége: [www.alfa.hu/irjonnekunk](http://www.alfa.hu/irjonnekunk)

## AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE

E-mail címe: [adatvedelem@alfa.hu](mailto:adatvedelem@alfa.hu)

## A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

### Az adatkezelés célja

Az adatkezelő a megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

### Az adatkezelés jogalapja

- kárrendezéskor az Ön hozzájárulása<sup>1</sup>.

A hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. Döntése előtt azonban vegye figyelembe, hogy az itt megjelölt adatkezelés hiányában a biztosítási szerződés kötése, illetve a szolgáltatás teljesítése nem lehetséges.

- szolgáltatással összefüggő jogi igény esetében az Ön hozzájárulása<sup>2</sup>, illetve az Adatkezelő jogi igények előterjesztéséhez, védelméhez fűződő érdeke<sup>3</sup>.

## A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETTEK KATEGÓRIÁI

A biztosító (adatkezelő) a személyes adatokat átadja

- kárrendezéskor a benyújtott kárigény orvos-szakmai értékelése, felmérése érdekében a biztosítóval szerződésben álló orvos szakértőknek, akikről további információt talál a [www.alfa.hu](http://www.alfa.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 a kezelést végző egészségügyi szolgáltató, orvos megkeresését és az esemény biztosító általi elbírálásához szükséges adatok megismerését. Az ilyen információ beszerzése érdekében, ha Ön hozzájárul, megkeressük a kezelést 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

Nem történik adattovábbítás.

1. az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: R) 6. cikk (1). bekezdés a), a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai  
2. a R. 6. cikk (1). bekezdés a) és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136.§  
3. R. 9. cikk (2). bekezdés f) pontja

## 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 ezek kedvezményezettje/örököse vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződés-sel, 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 érvényesítésére indult eljárás lezárását követő 5 évig akkor is kezeli az adatokat, ha a megőrzési időből ennél kevesebb lenne hátra.

## AZ ÉRINTETT JOGAI

Személyes adataival kapcsolatban bármikor, korlátozás nélkül:

- kérhet tájékoztatást az adatkezelés részleteiről, beleértve a másolat kérését,
- kérhet helyesbítést a pontatlan adatok tekintetében,
- kérhet törlést,
- kérhet kezelés korlátozását, ha az adatkezelést jogellenesnek tartja, de nem kér törlést, vagy az adatpontossági kérelem elbírálásáig, illetve
- tiltako-zhat a személyes adatok kezelése ellen, ha az adatok kezelése a Biztosító jogos érdekén alapul, ezen felül
- élhet adathordozhatósághoz való jogával.

A korlátozáshoz való jog alapján az adatokat csak tároljuk, egyéb műveleteket nem végzünk az adatokkal. A korlátozáshoz és a törléshez való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, hogy a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelnünk, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károskozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korlátozhatja a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsátott adatait géppel olvasható formátumban átadjuk Önnek, annak érdekében, hogy egy másik adatkezelőnek/adatfeldolgozóknak átadja, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei fennállnak.

Adatkezelésünk ellen panaszt nyújthat be társaságunknál az adatvedelem@alfa.hu elérhetőségen vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál, továbbá bírósághoz fordulhat.

### Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

A hatóság levelezési címe: 1363 Budapest, Pf. 9

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

Az egyes jogok részletes tartalmáról a <https://www.alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html> linken tájékozódhat.

## AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

A fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő döntéshozatal során nem alkalmazunk automatizált döntéshozatalt, profilalkotás nem történik.

## TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

A jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelöltől eltérő célra nem használjuk.

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor írja alá, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozat aláírásával **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a rendelkezésére bocsátott különleges adataimat

- kárrendezés,
- jogi igény érvényesítése

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy 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,
- 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.

Kelt:  ,  év  hó  nap

### Biztosított/Jogosult, Biztosított örököseinek

vezetéknév:  utónév:

Születési ideje:  év  hó  nap Aláírása: