

A HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT kitöltése és aláírása nélkül érvénytelen a bejelentés.

A Szerződő neve: **Harmen Agent Kft.** **Kárszám:**

A Csatlakozási Nyilatkozatot aláíró neve:

Születési ideje: év hó nap A Csatlakozási Nyilatkozatot aláíró és a Biztosított családi viszonya:

Állandó lakcíme:

A Biztosított neve:

Születési neve: Anyja neve:

Születési helye: Születési ideje: év hó nap

A Biztosított címe:

Telefon száma: E-mail címe:

Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot? ☐ Igen ☐ Nem Ha igen, mióta? év hó naptól

Milyen okból?

A baleset helye:

A baleset ideje: év hó nap A baleset részletes leírása:

Történt-e hatósági vizsgálat? ☐ Nem ☐ Igen Eljáró hatóság:

Történt-e véralkohol vizsgálat? ☐ Nem ☐ Igen Vizsgálatot végezte:

A most balesetet szenvedett testrészt ezt megelőzően valamilyen okból sérült-e? ☐ Nem ☐ Igen Korábbi sérülés ideje: év hó nap Mi okozta a korábbi sérülést?

Milyen biztosítási modul alapján igényel térítést: ☐ baleseti csonttörés ☐ baleseti kórházi ápolás ☐ baleseti égési sérülés ☐ baleseti keresőképtelenség ☐ baleseti rokkantság

Kérjük a felsorolt okiratokat mellékelni: ☐ Ambuláns lap másolata ☐ Egyéb orvosi igazolások ☐ a Biztosított és a Díjfizető lakcímkártya másolata és a Biztosított szig. másolata ☐ Röntgen lelet másolata ☐ Baleseti jegyzőkönyv másolata ☐ Közlekedési bal. esetén vezetői engedély másolata ☐ Kórházi zárójelentés másolata ☐ Véralkohol vizsg. eredmény ☐ Hatósági eljárás esetén: határozat, végzés, ítélet másolata

Utalási nyilatkozat. Kérem a fenti biztosítási esemény szolgáltatási összegének kifizetését:

☐ A következő számlaszámra: - - ☐ Az első szekcióban feltüntetett „Biztosított címe” lakcíme.

Dátum: év hó nap Biztosított (v. törvényes képviselője) aláírása:

Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú törvényes képviselőjének neve:

Anyja neve: Születési ideje: év hó nap

Lakcíme:

Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszerzeze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosult 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.

Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó hozzájárulás csak írásban érvényes! Elektronikus úton csak fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott dokumentumban lehet érvényesen nyilatkozatot tenni!

Kelt: , év hó nap

Az igénybejelentő neve: **szig. száma:** **Az igénybejelentő aláírása:**

Szolgáltatási összegek:

műtét (kis-közepes-nagy-kiemelt):		Ft	progr. csonttörés:		Ft	%	rokkantság:		Ft	%		
keresőképtelenség:		Ft		nap		év	hó	naptól		év	hó	naptól
kórházi ápolás:		Ft		nap		év	hó	naptól		év	hó	naptól
baleseti égési sérülés:		Ft		%								

Szolgáltatási összeg összesen: Ft

Számfejtette: év hó nap
Ellenőrizte: év hó nap
Utalványozta: év hó nap

Utalási szám:

1. példány: Biztosító, 2. példány: Ügyfél

ADATTOVÁBBÍTÁS HARMADIK ORSZÁGBA VAGY NEMZETKÖZI SZERVEZET RÉSZÉRE

Nem történik adattovábbítás.

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 esemény-nyel 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
- tiltkozhat 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 kezelni, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy 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.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsátott adatait géppel olvasható formátumban adjuk 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 az 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 megjelölttől eltérő célra nem használjuk.**

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor tegye meg, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A Biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozatommal **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.

Keltezés: , év hó nap

Biztosított/Jogosult, Biztosított örököseinek

vezetéknév: utónév:

Születési ideje: év hó nap Aláírása: