

A HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT kitöltése és aláírása nélkül érvénytelen a bejelentés.

A Szerződő neve: **Provident Pénzügyi Zrt.** Kárszám: \_\_\_\_\_

A Biztosított neve: \_\_\_\_\_ Születési neve: \_\_\_\_\_  
 Anyja neve: \_\_\_\_\_ Foglalkozása: \_\_\_\_\_  
 Születési helye: \_\_\_\_\_ Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
 A Biztosított címe: \_\_\_\_\_  
 Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_  
 A biztosított/sérült Providentes azonosítója: \_\_\_\_\_  
 Kölcsönszerződés(ek) azonosító száma(i): \_\_\_\_\_

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 testrész 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 másolat  
 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 beszeresse és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítókrol és biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak 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 elektronikussal aláírással ellátott dokumentumban lehet érvényesen nyilatkozatot tenni!

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
 Az igénybejelentő neve: \_\_\_\_\_ szig. száma: \_\_\_\_\_ Az igénybejelentő aláírása: \_\_\_\_\_

Biztosító tölti ki!

**Szolgáltatási összegek:**

műtét (kis-közepes-nagy-kiemelt):	_____ Ft	progr. csonttörés:	_____ Ft	_____ %	rokkantság:	_____ Ft	_____ %
keresőképtelenség:	_____ Ft	_____ nap	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól
kórházi ápolás:	_____ Ft	_____ nap	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ év _____ hó _____ naptól	_____ 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: \_\_\_\_\_

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](mailto: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](http://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 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
- 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/adatafeldolgozóhoz 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 figyelmenbe 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](http://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 kárigénnyel 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(ak)/Jogosult(ak) neve	Születési ideje	Aláírása
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	