

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ BALESET- ÉS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ¹ INSURANCE CLAIM FORM FOR ACCIDENT AND HEALTH INSURANCES

In case of any deviation from Hungarian wording, please consider the definitions in Hungarian valid and authoritative.

In case of open-ended questions please mark appropriate answer considering that „igen” means “yes” and “nem” means „no” in Hungarian.

I. SZERZŐDÉS ADATAI / DETAILS OF POLICY:

Szerződés szám / Policy number: _____

Termék neve / Name of the insurance: _____

II. MILYEN SZOLGÁLTATÁSRA JELENT BE IGÉNYT? (Egyszerre többet is jelölhet.) / TYPE OF INSURANCE CLAIM

Balesetből eredő / Due to accident:

- sérülés (pl. csonttörtés) / injury (bone fracture)
 kórházi ápolás / hospitalization
 műtét / operation
 maradandó egészségkárosodás / permanent damage
 keresőképtelenség / incapacity
 gyógyulási támogatás / healing support
 rokkantsági ellátás / invalidity benefits

Betegségből eredő / Due to illness:

- kórházi ápolás / hospitalization
 műtét / operation
 maradandó egészségkárosodás / permanent damage
 kritikus betegség / critical disease
 keresőképtelenség / incapacity
 rokkantsági ellátás / invalidity benefits

Egyéb igény / Other:

III. A SZERZŐDŐ ADATAI / CONTRACTING PARTY:

1. Családi és utóneve vagy cégnév / (Company) Name: _____

2. Természetes személy esetén születési családi és utóneve / Maiden name:² _____

3. Lakcím, ennek hiányában tartózkodási hely vagy székhely, magyarországi fióktelep címe / Address, if not applicable residency / seat of the Company:

_____ helység/city,

_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door

4. Nem természetes személy esetén cégjegyzék szám, nyilvántartási szám / Company registration number, decision number: _____-_____-_____

IV. A BIZTOSÍTOTT ADATAI / CLAIMANT'S STATEMENT:

1. Családi és utóneve / Name: _____

2. Születési családi és utóneve / Maiden name:² _____

3. Anyja születési neve / Mother's maiden name: _____

4. Születési helye / Place of birth: _____ Születési ideje / Date of birth(YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap

5. Lakcíme / Address: _____ helység / city,

_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door

Levelezési címe (ha eltérő) / Mailing address: _____ helység/city,

_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door

6. Állampolgársága / Nationality: magyar / Hungarian egyéb / other: _____

7. Adóügyi illetékessége / Resident for tax purposes: magyar / Hungarian egyéb / other: _____

8. Adóazonosító / Tax ID: _____

9. Külföldi adóazonosító / Foreign Tax ID:³ _____

10. Az azonosító okmány típusa / Type of identity document: Személyi igazolvány / Former type of identity document Személyazonosító igazolvány / Identity card Útleve / Passport Kártyás vezetői engedély / Driving licence card⁴

11. Az azonosító okmány száma / Number of identity document: _____

12. Lakcímet igazoló kártya száma / Residence card: _____

Megjegyzés/Comment: ¹ Amennyiben a biztosítási összeg a 4,5 millió forint feletti lehet, az igénybejelentő mellett minden esetben csatolandó az Igénybejelentő pótlap Pmt. szerinti ügyfél-átvilágításhoz – Természetes személy vagy Igénybejelentő pótlap Pmt. szerinti ügyfél-átvilágításhoz – Jogi személy pótlap. / If the amount paid for insurance claim might be over 4,5 Million HUF, additional claim form for customer due diligence under the AML Act must be attached in all cases to the application form. ² Előző név, leánykori név. / Previous name, maiden name. ³ Ha rendelkezik külföldi adóazonosítóval kérem adja meg. / If you have a foreign tax ID, please enter it. ⁴ Kizárólag lakcímkártyával együtt. / Only with address card.

13. Munkahelye (tanulóknál az iskola neve) / Employer (in case of students: school): _____
14. Foglalkozása / munkaköre / Job title: _____
15. Táppénzjogosult-e? / Entitled to sick-allowance? igen nem
16. Telefonszáma (mobil) / Phone number: _____ / _____ Telefonszáma (vezetékes) / Phone number: _____ / _____
E-mail címe / E-mail address: _____
17. Házi orvosának neve / General practitioner: _____
Házi orvos rendelője címe / Address of consulting room: _____ helység/city,
_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door
18. Nyugellátásban (öregségi / rokkantsági nyugdíj), megváltozott munkaképességűek ellátásában részesül-e? / Pensioner or with altered working ability?
Ha igen, milyen ellátásban? / If yes, which? _____
Az ellátás kezdete / Beginning of benefits (YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap
19. **Kiskorú biztosított esetén** a szülő, törvényes képviselő, vagyoni jognyilatkozataiban korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő / In case of under age insured person parent or legal guardian; conservator in case of insured person of legal age of limited capacity or legal age of incapacity,
Családi és utóneve / Name: _____
Születéskori családi és utóneve / Maiden name:¹ _____
Anyja születési neve / Mother's maiden name: _____
Születési helye / Place of birth: _____ Születési ideje / Date of birth(YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap
Lakcíme, ennek hiányában tartózkodási hely / Address, if not applicable residency:
_____ helység/city,
_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door
Levelezési címe / Mailing address:
_____ helység/city,
_____ út/utca/street, házszám/house number, emelet/floor, ajtó/door
Állampolgársága / Nationality: magyar / Hungarian egyéb / other _____
Adóügyi illetősége / Tax residency: magyar / Hungarian egyéb / other _____
Adóazonosító jele / Tax ID number: _____
Külföldi adóazonosító / Foreign Tax ID:² _____
Az azonosító okmány típusa / Type of identity document : Személyi igazolvány / Former type of identity document Személyazonosító igazolvány / Identity card Útleve / Passport Kártyás vezetői engedély / Driving licence card³
Az azonosító okmány száma / Number of identity document: _____
Lakcímet igazoló kártya száma / Residence card: _____
Lakcíme, ennek hiányában tartózkodási hely / Address, if not applicable residency:
Telefonszáma (vezetékes) / Phone number(wired): _____ / _____ (mobil / mobile): _____ / _____
E-mail címe / E-mail: _____
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy kiskorú / vagyoni jognyilatkozataiban korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen kedvezményezett / szolgáltatásra jogosult nagykorú (név) _____
(születési dátum: _____ év _____ hó _____ nap) törvényes képviselője vagyok, és jogosult vagyok a megnevezett személy vagyonát kezelni, arról egyedül rendelkezni.⁴
In the light of my criminal responsibility, I declare that I am the legal representative of my minor child / legal age of limited capacity or legal age of incapacity in the legal statements of property (name) _____
(Date of birth (YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap) and have the right to dispose of the abovementioned's property alone.⁴

a biztosított / törvényes képviselő saját kezű aláírása /
signature of the insured / legal representative⁵

TÁJÉKOZTATÁS**a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez****INFORMATION****on the management of personal data to meet the service requirement**

Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatót az adatkezelő személyére, az adatkezelés jogalapjára, a kezelt adatokra, az adatkezelés időtartamára, az adatfeldolgozókra, az érintettek által gyakorolható jogokra és a jogorvoslatra vonatkozóan a biztosító honlapja www.allianz.hu/hu/adatvedelem.html/ oldalon tartalmazza, valamint elérhető valamennyi a biztosító üzletkötőinél és az ügyfélkapcsolati pontokon.

Detailed information on data management regarding the identity of the data controller, the legal basis of the data processing, the data processed, the duration of the data processing, the data processors, the rights of the data subjects and the legal remedy is available on the insurer's website at www.allianz.hu/en/data.html/ and available at all insurance agents and customer contact points.

Az Allianz Hungária Zrt. (Budapest 1087, Könyves Kálmán krt. 48-52.), mint adatkezelő a biztosítási szerződés alapján előterjesztett szolgáltatási vagy kártérítési igény elbírálásával és teljesítésével (kárrendezés) összefüggésben az igényt előterjesztő ügyfelei, azaz a szerződő fél, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult, vagy a fenti személyek örököséiként, azok helyébe lépő más személy, mint a biztosító adatkezelésével érintett természetes személyek (érintett) személyes adatait.

Allianz Hungária Zrt. (Budapest 1087, Könyves Kálmán krt. 48-52.) as data controller in connection with the settlement and settlement of claims for service or indemnity under the insurance contract (claims settlement), the contracting party, the insured, the personal data of the beneficiary, the injured party, the insured person, or any person replacing them as the heir of the above persons, other than the natural persons (data subjects) involved in the data management of the insurer.

A biztosító a szerződő fél különleges adatnak (egészségügyi adatnak) nem minősülő adatait a szerződéses jogviszony alapján, a szerződés teljesítése érdekében kezeli, a többi érintett (biztosított, kedvezményezett, károsult, szolgáltatásra jogosult személy, örökösök) különleges személyes adatnak (egészségügyi adatnak) nem minősülő adatait pedig a szolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében kezeli.

A biztosító az adatkezeléssel érintettek különleges adatait, így különösen az egészségügyi állapotukkal összefüggő adataikat az érintett által adott írásbeli hozzájárulás alapján, vagy ha az érintett fizikai vagy jogi cselekvőkép-

lensége folytán nem képes a hozzájárulását megadni, az érintett vagy más természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme érdekében kezeli.

The Insurer shall treat the data of the Contracting Party not qualifying as special data (health data) on the basis of the contractual legal relationship in order to perform the contract, other data (insured, beneficiary, injured, entitled person, heirs) not qualifying as special data (health data) and manages it to fulfill your service obligation.

The Insurer shall treat the special data of data subjects based on the written consent, in particular their health data or, in case the data subject is unable to give his consent due to physical or legal incapacity, the Insurer shall handle the data in the vital interest of the data subject.

A biztosító az adatkezelés során adatfeldolgozókat vesz igénybe.

The Insurer uses data processors during the data management.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az adatkezelés az érintett hozzájárulásán alapul, az érintett jogosult a hozzájárulást bármely időpontban visszavonni. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét. Felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a kárrendezéshez szükséges adatokkal kapcsolatban megadott hozzájárulás visszavonása, vagy a hozzájárulás megtagadása esetén a biztosító a kárrendezési eljárást nem tudja lefolytatni, és ebben az esetben a szolgáltatás nyújtását elutasíthatja.

Please be advised that if data processing is based on the data subject's consent, the data subject may withdraw the consent at any time. The withdrawal of consent shall not affect the lawfulness of the processing of data prior to the withdrawal.

However, please note that in the event of cancellation or denial of consent to the data required for claim settlement, the Insurer will not be able to complete the claim settlement process and may decline to provide the service.

Az érintett kérelmezheti a biztosítótól a biztosító által kezelt személyes adataihoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését vagy kezelésének, korlátozását, és tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen, gyakorolhatja adathordozhatósághoz való jogát, valamint jogorvoslattal élhet.

The data subject may request from the insurer access, rectification, erasure or restriction of personal data managed by the Insurer, and may object to the processing of such personal data, exercise his or her right to data portability, and seek redress.

NYILATKOZAT / DECLARATION

Szolgáltatási igény: baleseti maradandó egészségkárosodás, baleseti eredetű keresésképtelenség, baleseti eredetű kórházi napi térítés, baleseti eredetű műtét, csonttörés, csontrepedés

Claim: accidental disability, earning incapacity daily allowance, accidental hospital daily allowance, accidental surgery and broken bones

Kijelentem, hogy a részemre átadott lapon szereplő személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismertem, tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás ismeretében teszem meg.

I, hereby declare that I know and understand the notification given on the management of personal data and I make statements in this view.

1. Alulírott biztosított a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és kifejezett valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. /

I, undersigned insured person, hereby declare by signing present statement my voluntary and determined consent, based on proper information to Allianz Hungária Biztosító Zrt.

a) **a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges, általam megadott, vagy a kárrendezéssel

összefüggésben a biztosító tudomására jutott, a különleges adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje. /
to manage my personal and special data (medical data) given by me as insured person or obtained during the claim assessment process in order to assess and fulfill above mentioned claim.

igen¹ nem²

- b) **a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataimat tartalmazó rendőrségi és ügyészségi, bírósági és más hatósági iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon. /
to access police, prosecutorial, forensic and other magisterial documents related to present claim and insured event.

igen¹ nem²

2. Önként és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. – a biztosítási szerződés hatálya alatt illetve a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben továbbá a közlési kötelezettség ellenőrzése céljából – tájékoztatást kérjen, betekintsen a háziorvosom, valamint azon az egészségügyi intézmények, orvosok, gyógyszerészek, természetgyógyászok és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyek, illetőleg szervezetek által kezelt, továbbá, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Magyar Állam kincstár (MÁK) és a társadalombiztosítási kifizetőhely által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. /

I, undersigned, hereby give my voluntary and determined consent to Allianz Hungária Zrt. to examine my medical documentation registered by above listed medical personnel and provider related to assess and fulfill present claim and re-view possible non-disclosure related to effective insurance policy.

The documentation required includes data from the family doctor, health institutions, doctors, pharmacists, and other medical and health care services administered by other persons and organizations involved in medical treatment, as well as by the National Health Insurance Fund (NEAK), the National Rehabilitation and Social Office, the Hungarian State Treasury (MÁK) and the social security paying agency.

3. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatot tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt betekintsen valamennyi orvosi dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon. Tudomásul veszem, hogy hozzájárulás hiányában a biztosító az igényt nem tudja elbírálni, annak megalapozottságát nem tudja megállapítani, így ennek hiányában a szolgáltatást megtagadhatja. /

I, undersigned, hereby give my consent to provide Allianz Hungária Zrt. with my medical documentation and allow Allianz Hungária Biztosító Zrt. to examine mentioned documents and be provided with copies.

I, undersigned insured person hereby also accept that by not giving my consent to the previous point, the insurer cannot assess the validity of my claim thus the insurer is entitled to decline it.

Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam: /

I, undersigned, hereby name attending general practitioner, medical institutions and providers:

Kelt: _____, _____ Jév _____ Hó _____ Nap

a biztosított / törvényes képviselő saját kezű aláírása /
signature of the insured / legal representative³

V. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY / INSURANCE EVENT

Kárbejelentés oka / Cause of claims: baleset / accident betegség / illness

V/A. BALESET ESETÉN KITÖLTENDŐ / FILL IN CASE OF ACCIDENT:

Orvosi leleteit, zárójelentéseit, kórházi igazolást, táppénzes igazolást, a rehabilitációs hatóság(ok) döntését tartalmazó irato(ka)t, ha készült rendőrségi határozat, munkabaleseti jegyzőkönyv stb. azt is, szíveskedjék mellékelni. / In case of accidents. All medical documentation, certificate of sick-allowance, decree of entitlement to Cat. D or E disability or rehabilitation annuity required. Police decision, workplace accident report if applicable, required.

1. A baleset időpontja / Date of accident (YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap _____ óra,
 2. Helye / Place of accident: _____
 3. A baleset leírása / Description of accident: _____

4. Volt-e hivatalos intézkedés / Official measurements taken? nem igen

Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el / If yes, Police Department in charge?

5. A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkohol, illetve kábító- vagy bódítószerekre vonatkozó vizsgálat / Alcohol or drug test? nem igen

(A vizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni. / If yes, please attach!)

Ha igen, hol történt és ki végezte / If yes, performed by whom and where?

Amennyiben nem történt alkoholvizsgálat, kérjük a biztosított nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy a baleset megtörténte előtt fogyasztott-e alkohol tartalmú italt, ha igen, kérjük, nevezze meg, hogy milyen tartalmú alkoholt és milyen mennyiségben fogyasztott. / If no official alcohol test was performed, please state your alcoholic status prior to the accident by indicating the type and quantity of alcoholic drink consumed.

6. A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először / Date and place of first attendance?

7. A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés / Hospitalization? nem igen

Az ápolás kezdete / Beginning of hospitalization(YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap

Az ápolás vége / End of hospitalization(YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap

8. A jelen balesettel kapcsolatban történt-e műtét / Surgery? nem igen

Ha igen, az intézmény neve és címe / If yes, name and place of medical institution:

A műtét megnevezése / Definition of surgery:

9. Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset / Permanent disability? nem igen

Ha igen, a rokkantsági csoport foka / Rating of disability: „D” kategóriás rokkantsági ellátás / Cat. D disability allowance

„E” kategóriás rokkantsági ellátás / Cat. E disability allowance

rehabilitációs ellátásra való jogosultság / entitled to rehabilitation annuity

baleseti rokkantság / accidental disability

még nem került megállapításra / folyamatban / not yet classified / in process

10. A jelen balesetből kifolyólag volt keresőképtelen állományban? / Sick allowance? nem igen

Ha igen, mikor? / If yes, when

A keresőképtelenség első napja / First day of sick-allowance (YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap

Utolsó napja / Last day of sick-allowance (YYYY/MM/DD): _____ év _____ hó _____ nap

11. Volt már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészén / Previous injuries on currently injured body part? nem igen

Ha igen, mikor és milyen / If yes, specify date and injury?

(Kérjük, az előző sérülés orvosi iratait szíveskedjék mellékelni. / All medical documentation of previous injury required!)

12. A balesetet szervezett tömegsport-tevékenység¹ során szenvedte-e el / Did the accident happen during a mass sport event? nem igen

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a tömegsport rendezvényt / If yes, name the event! _____

13. A balesetet amatőr vagy hivatásos sporttevékenység^{2,3} során szenvedte-e el? /

Did the accident happen during an amateur or a professional sport event? nem igen

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a sportegyesületet. / If yes, name the sport club!

A sportegyesület neve / Sport club: _____

Székhelye / Seat: _____ helység/city,
 _____ út/utca/street, házszám/house number

A baleset / Accident happened during edzés / training vagy mérkőzés / match közben történt?

Ha mérkőzés közben / If during match: barátságos / friendly bajnoki / championship kupa / cup

válogatott / national nemzetközi / international

Sportbaleset esetén a sportkörnek (egyesületnek) a fent jelölt balesetet igazoló aláírása és bélyegzője: / Stamp and signature of sport club verifying the accident:

_____ az aláírás és a bélyegző helye /
 place of signature and stamp

Tájékoztatásul:

¹ Szervezett tömegsport-tevékenységnek minősül minden olyan rendezvény, melynek keretében a résztvevők sport tevékenységet végeznek, a rendezvényt nem a szerződő fél szervezi és előzetes nevezéshez vagy bármilyen egyéb előzetes regisztrációhoz kötött.

² Amatőr sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított nem jövedelemszerzés céljából bármely magyarországi, vagy külföldi sportklub, sportszövetség, sportegyesület vagy más sportszervezet által kiállított, a versenyrendszerben illetve a versenyeken részvételre jogosító, versenyengedélyt is magában foglaló versenyigazolvánnyal rendelkezik.

³ Hivatásosan gyakorolt sporttevékenységnek minősül, ha a biztosított sportszervezettel létesített munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony, továbbá megbízási szerződés alapján jövedelemszerzési céllal sporttevékenységet folytat, és rendelkezik hivatásos sportolói igazolvánnyal/engedéllyel.

For information:

¹ An organized mass sporting activity is any event in which participants participate in a sporting activity, which is not organized by the Contracting Party and is subject to pre-registration or any other pre-registration

² An amateur sporting activity is one where the insured holds a non-profit license issued by any Hungarian or foreign sports club, sports association or other sports organization, which includes a license to participate in the competition system and competitions.

³ A professional sporting activity is one where you have an employment or other legal relationship with an insured sports organization, as well as an agency contract for the purpose of gaining income, and hold a professional athlete's certificate/license.

V/B. BETEGSÉG ESETÉN KITÖLTENDŐ / FILL IN CASE OF DISEASE

Orvosi leleteit, zárójelentést, kórházi igazolást, táppénzes igazolást, a maradandó egészségkárosodás mértékét megállapító orvosi, a rokkantsági, illetve rehabilitációs ellátásra vonatkozó jogosultságot elbíráló hatóság(ok) döntését tartalmazó irato(ka)t stb. szíveskedjék mellékelni. / In case of morbidity: (All medical documentation, certificate of sick-allowance, decree of entitlement to Cat. D or E disability or rehabilitation annuity required)

1. A betegség pontos megnevezése / Exact illness:

2. BNO kód / BNO code: _____

3. Volt-e már korábban is ilyen jellegű betegsége? / Antecedent? nem igen

Ha igen, mi és mikor? / If yes, when? _____

Kérjük, az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat mellékelni szíveskedjen. / All medical documentation of antecedent illness required.

4. Történt-e kórházi ápolás / Hospitalization? nem igen

Ha igen, mikor? / If yes, when?

Az ápolás kezdete / Beginning of hospitalization(YYYY/MM/DD): _____ Jév _____ hó _____ nap

Az ápolás vége / End of hospitalization (YYYY/MM/DD): _____ Jév _____ hó _____ nap

5. Műtét történt-e / Surgery? nem igen

Ha igen, az intézmény neve és címe / If yes, name and place of medical institution:

Neve / Name: _____

Címe / Address: _____ helység/city,
 _____ út/utca/street, házszám/house number

A műtét megnevezése / Definition of surgery: _____

6. A jelen betegségből kifolyólag volt keresőképtelen állományban? / Sick allowance? nem igen

Ha igen, mikor? / If yes, when?

A keresőképtelenség első napja / First day of sick-allowance (YYYY/MM/DD): _____ Jév _____ hó _____ nap

Utolsó napja / Last day of sick-allowance (YYYY/MM/DD): _____ Jév _____ hó _____ nap

7. A jelen betegség következtében történt-e rokkantsági- vagy rehabilitációs ellátásra való jogosultság megállapítása? / Permanent disability? nem igen
- Az ellátás típusa, kategóriája / Rating of disability: „D” kategóriás rokkantsági ellátás / Cat. D disability allowance
 „E” kategóriás rokkantsági ellátás / Cat. E disability allowance
 rehabilitációs ellátásra való jogosultság / entitled to rehabilitation annuity

V/C. EGYÉB OKBÓL TÖRTÉNŐ KÁRBEJELENTÉS / OTHER CLAIMS

Kérjük, ismertesse! / Description of other claims

VI. SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE: (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.) / PAYMENT INFORMATION

Kérem a szolgáltatási összeget

a) a(z) _____ - _____ - _____ számú bankszámlára átutalni. / To bank account of given number (Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

Amennyiben a bankszámla tulajdonosa a jogosulttól eltérő személy, kérjük a bankszámla tulajdonos nevét feltüntetni. / Owner of bank account if other than contracting party

vagy

b) a(z) _____ helység/city,

_____ út/utca/street, házszám/house number címre

megküldeni. / Address to send payment to.

A kifizetendő szolgáltatási összegből _____ Ft átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő _____ szerződésszámú, _____ jelnevezésű biztosításra rendszeres / egyszeri díjként, vagy eseti díjként. / Hereby I request the transfer of the amount signaled above to the given effective policy as premium or top-up premium.

(Ebben az esetben a rendelkezés faxon vagy e-mailben nem továbbítható!)

Eseti díjat kizárólag Életprogram szerződésre – a mindenkor hatályos szerződési feltételek és Kondíciós lista alapján lehet befizetni. / Top-up premium only in case of Allianz Életprogramok according to effective Terms and Conditions.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek. / I believe that the facts stated in this witness statement are true.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a biztosított neve nyomtatott betűvel /
name of insured person in capitals

a biztosított saját kezű aláírása /
signature of insured person

A BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI! / THE INSURER FILLS THIS OUT.

A kedvezményezett vagy jogosult aláírását és adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem és igazolom, hogy a bejelentést a kedvezményezett előttem személyesen írta alá.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

az adategyeztetést végző neve
nyomtatott betűkkel

Allianz ügyfélkapcsolati pont neve

az adategyeztetést végző aláírása

ELŐZMÉNYVIZSGÁLAT EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSNÁL / PRELIMINARY EXAMINATION FOR HEALTH INSURANCE

A biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított háziorvosa tölti ki. / It is filled in by the Insured's GP when the insured event occurs.

Háziorvos neve: _____

Mióta háziorvosa a biztosítottnak? _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap

Kérjük annak szíves közlését, hogy a biztosítottat, akinek

Neve: _____

Születési ideje: _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap

Lakcíme, ennek hiányában _____ Jhelység,

tartózkodási hely: _____ Jút/utca, házsám, emelet, ajtó

_____ Jév _____ Jhó _____ Jnap

és

_____ Jév _____ Jhó _____ Jnap

a biztosító kockázatviselésének kezdetét megelőző 5 év

a biztosító kockázatviselésének kezdete

között mikor és milyen betegségekkel kezelte.

Kérjük, külön jelezze azon megbetegedéseket, állapotokat, melyek okán a biztosított orvosi kezelésben részesült

A betegség ideje	Diagnózis (BNO kóddal is)	Keresőképtelen is volt? ¹
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>
_____ Jév _____ Jhó _____ Jnaptól - _____ Jév _____ Jhó _____ Jnapig	_____	<input type="checkbox"/>

Kelt: _____, _____ Jév _____ Jhó _____ Jnap

_____ az orvos bélyegzője és aláírása

¹ Igen válasz esetén tegyen x jelet

ORVOSI BIZONYÍTVÁNY BALESETBIZTOSÍTÁSHOZ / MEDICAL CERTIFICATE FOR ACCIDENT INSURANCE

Lehetőleg a sérülést első ízben ellátó orvos (gyógyintézet) töltsse ki. / If possible, fill out by the doctor (hospital), who first took care of the injury.

A sérült családi és utóneve: _____

Születési ideje: _____ év _____ hó _____ nap

Lakcíme, ennek hiányában _____ helység,

tartózkodási hely: _____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Sorszám	Kérdések	Feleletek (magyar szakkifejezésekkel, olvashatóan töltendő ki)
1.	Miben áll a vizsgálatkori lelet? (pontos, mindenre kiterjedő leírást kérünk, a baleset már meglévő következményeiről is):	
2.	Az esetleges röntgenlelet szó szerinti szövege:	
3.	A sérülés baleseti eredete a vizsgálat alapján kétségtelenül megállapítható-e?	
4.	A jelenleg sérült testrész volt-e azelőtt már betegség vagy baleset következtében sérült vagy csonkolt?	
5.	Melyek a balesetnek: a) a már meglévő következményei? b) a valószínűleg várható következményei? c) várható gyógytartama?	
6.	Az esetleges kórházi (gyógyintézeti) ápolás helye és ideje:	Gyógyintézet neve: _____ címe: _____ _____ _____ év _____ hó _____ naptól - _____ év _____ hó _____ napig
7.	A sérülés okozta táppénzes betegállomány	első napja: _____ év _____ hó _____ nap utolsó napja: _____ év _____ hó _____ nap
8.	Ha nem jogosult táppénzre, a folyamatos munkaképtelenség	első napja: _____ év _____ hó _____ nap utolsó napja: _____ év _____ hó _____ nap
9.	Mióta kezeli Ön a sérültet?	_____ év _____ hó _____ nap
10.	Ittas volt-e a sérült a baleset időpontjában? Történt-e véralkohol-vizsgálat? Ha igen, mi az eredménye?	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen
11.	Egyéb észrevétel/megjegyzés a balesetre vagy a gyógyfolyamatra vonatkozóan:	
12.	Baleset okozta halálnál annak oka, neve és időpontja:	_____ év _____ hó _____ nap

Az orvos családi és utóneve: _____

Rendelőjének címe: _____ helység,

_____ út/utca, házszám

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

P.H.

a kezelőorvos saját kezű aláírása