

## Szolgáltatási igénybejelentő a Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége W.F.B. Europe Alkusz Kft. által közvetített Csoportos személybiztosítás szerződéshez

Baleseti haláleset, baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, csonttörés, csontrepedés, baleseti gyógyulási támogatás, baleseti eredetű kórházi kezelés, baleseti eredetű műtét, baleseti eredetű játékképtelenség esetére szóló szolgáltatás igénylésére

(Minden kérdésre szíveskedjék válaszolni. A megfelelő négyzetbe tegyen X jelet).

### A szerződő adatai:

1. Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége  
1146 Budapest, Istvánmezei u. 1-3.

### A biztosított adatai:

2. Családi és utóneve: \_\_\_\_\_  
 3. Születéskori neve: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 4. Anyja leánykori neve: \_\_\_\_\_  
 5. Születési helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap  
 6. Lakcíme (levelezési címe): \_\_\_\_\_  
 7. Állampolgársága:  magyar  egyéb: \_\_\_\_\_  
 8. Adóügyi illetékessége:  magyar  egyéb: \_\_\_\_\_  
 9. Az azonosító okmány típusa:  Személyi igazolvány  Személyazonosító igazolvány  Útlevel  Kártyás vezetői engedély <sup>2</sup>  
 10. Az azonosító okmány száma: \_\_\_\_\_ Lakcímet igazoló kártya száma: \_\_\_\_\_  
 11. Telefonszáma: \_\_\_\_\_  
 12. E-mail címe: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Megjegyzés:** 1. Előző név, leánykori név. 2. Kizárólag lakcímkártyával együtt.

### 13. Igazolás a sportorvosi engedély fennállásáról

Alulírott, mint erre hivatalosan jogosult ezúton igazolom, hogy fent nevezett biztosított a Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetségével tagsági viszonyban áll és sportorvosi engedéllyel rendelkezik.

Sportorvosi engedély kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

W.F.B. Europe Alkusz Kft.  
(aláírás és bélyegző)

### 14. Kórházi ápolás esetén kitöltendő

Az ápolás kezdete: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Az ápolás vége: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Az ápolás oka: \_\_\_\_\_

Műtét történt-e?  nem  igen A műtét megnevezése: \_\_\_\_\_

### 15. Baleset esetén kitöltendő:

(Zárójelentését, kórházi igazolását, összes leletét, ha készült rendőrségi határozat azt is, szíveskedjék mellékelni.) !

A baleset időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_ óra, Helye: \_\_\_\_\_

A baleset leírása: \_\_\_\_\_

A balesetet sport tevékenység során szenvedte-e el? \_\_\_\_\_

Ha igen, kérjük, szíveskedjen megnevezni a sport rendezvényt! \_\_\_\_\_

Volt-e hivatalos intézkedés?  nem  igen Ha igen, melyik rendőrhatalóság járt el? \_\_\_\_\_

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e alkoholvizsgálat?  nem  igen

(Az alkoholvizsgálat eredményét szíveskedjék mellékelni.) !

Ha igen, hol történt és ki végezte? \_\_\_\_\_

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.

A jelen balesettel kapcsolatban hol és mikor kezelték először? .....

A jelen balesettel kapcsolatban történt-e kórházi kezelés?  nem  igen Műtét?  nem  igen

Ha igen, az intézmény neve és címe: .....

Maradandó egészségkárosodást okozott-e a jelen baleset?  nem  igen (Legutolsó kontroll leleteit szíveskedjék mellékelni.) !

Volt-e már előzőleg sérülése a jelenleg sérült testrészben?  nem  igen Ha igen, mikor és milyen volt? .....

(Táppénzes igazolását szíveskedjék mellékelni.) !

A sérülés okozta táppénzes betegállomány első napja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap utolsó napja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

#### 16. Baleseti okú játékképtelenség igazolása:

Verseny mérkőzés megnevezése, amelyen nem tudott részt venni: .....

(Játékképtelenségről szakorvos igazolását kérjük csatolni!)

**Szolgáltatás teljesítése:** (A szolgáltatási igény teljesítéséhez a kitöltése nélkülözhetetlen.)

a) a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ számú bankszámlára átutalni.

Amennyiben a bankszámla tulajdonosa a szerződőtől eltérő személy, kérjük a bankszámla tulajdonos nevét feltüntetni.

b) a(z) \_\_\_\_\_ helység,  
\_\_\_\_\_ út/utca, házsám címre megküldeni.

A kifizetendő szolgáltatási összegből \_\_\_\_\_ forint átkönyvelést kérek az Allianz Hungária Zrt.-nél érvényben lévő \_\_\_\_\_ szerződésszámú, \_\_\_\_\_ elnevezésű biztosításra  rendszeres/egyszeri díjként, vagy  eseti díjként .

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adataim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

a biztosított neve vagy a biztosított törvényes képviselőjének neve  
nyomtatott betűvel

a biztosított saját kezű aláírása vagy a biztosított törvényes képviselőjének  
aláírása

**17. Baleseti halál esetén kitöltendő** (Halotti anyakönyvi kivonatot, kórházi zárójelentést, munkahelyi baleset esetén az arról készült jegyzőkönyv másolatát, továbbá a balesetet követően a munkáltató által készített további dokumentumok másolatait is kérjük mellékelni.)

A halotti anyakönyvi kivonat száma: \_\_\_\_\_

A halál helye: \_\_\_\_\_ ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

A halál oka:  baleset  betegség  öngyilkosság  emberölés  nem meghatározható

Baleset miatt bekövetkezett halál esetén:

A halált okozó baleset részletes leírása: .....

A balesettel kapcsolatban volt-e rendőri intézkedés?  nem  igen

Ha igen, melyik rendőrhatóság járt el? .....

Történt-e kedvezményezett jelölés?  nem  igen  nincs információ

Történt-e a balesettel kapcsolatban alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat?  nem  igen

Ha igen, hol történt, és ki végezte? .....

A biztosítói kártérítés kifizetését kérem az alábbiak szerint teljesíteni: (csak abban az esetben kérjük kitölteni, ha történt kedvezményezett jelölés, és ez egyetlen személy)

a) a(z) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ számú bankszámlára átutalni, vagy

b) a(z) .....helység,

.....út/utca, házsám, emelet,  
ajtó címre megküldeni.

Az igénybejelentő neve: .....

Címe: .....

Telefon(mobil)szám:.....

## W.F.B. Europe Alkusz Kft. tölti ki!

A szerződő/biztosított adatait az azonosító iratok alapján személyesen egyeztettem.

Kelt:.....,    \_\_\_\_  \_\_\_\_  év  \_\_\_\_  hó  \_\_\_\_  nap

-----  
az adategyeztetést végző neve nyomtatott betűkkel

-----  
az adategyeztetést végző aláírása

Bélyegző

## Tájékoztató a személyes adatok kezeléséről a szolgáltatási igény teljesítéséhez

Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett). A biztosító személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. E célokkal összefüggésben a biztosító a tudomására jutott adatokat a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az érintett külön hozzájárulása nélkül kezelheti. Ez a felhatalmazás kizárólag azokra a személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Ha a személyes adat egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető.

A különleges adatok kezelésére vonatkozó, írásbeli hozzájárulását az ügyfél az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 6. §-ának (4) bekezdése értelmében a szerződés keretében is megteheti, mely rendelkezés alapján szükséges hozzájárulást e kárbejelentő lapon tett nyilatkozat tartalmazza.

Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez. A Bit. alapján, amennyiben a kiszervezett tevékenység keretében a biztosító az ügyfeleinek személyes adatait is továbbítja e kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett tevékenységet végző a biztosító adatfeldolgozójának minősül.

**Az adatkezelés időtartama:** a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító, mint adatkezelő az adatok feldolgozásával - a kötvények, egyéb ügyfeleknek szóló levelek, iratok nyomtatása vonatkozásában - a biztosítási törvények megfelelő kiszervezési szerződés keretében az ANY Biztonsági Nyomda Nyrt-t (Cg. 01-10-042030, 1102 Budapest, Halom utca 5.) bízta meg. A biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez – postai vagy banki átutalás esetén – igénybe vett Magyar Posta Zrt. és a biztosítási szolgáltatás jogosultja által megnevezett bank adatfeldolgozójának minősül.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások során igénybe vesz külső közreműködőket olyan esetekben, amikor a biztosítási szolgáltatás nyújtásához szükség van a megbízott speciális szakértelmére, vagy amikor a külső cég bevonásával a biztosító a szolgáltatását azonos minőségben, ám alacsonyabb költségekkel és kedvezőbb áron nyújthatja. A (kiszervezett tevékenységet végző) megbízott személyes adatokat kezel, és a törvény alapján titoktartás kötelezi.

A biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján **továbbíthatja** harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

A Bit. által meghatározott szervezetek felsorolását az ügyfél-tájékoztató tartalmazza.

Az érintett tájékoztatást kérhet személyes adatai kezeléséről, valamint kérheti személyes adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelés kivételével – törlését. A valóságnak meg nem felelő adatot a biztosító köteles helyesbíteni.

Az érintett kérelmére a biztosító tájékoztatást ad:

- az általa kezelt adatokról, illetve
- a megbízott adatfeldolgozó által feldolgozott adatokról,
- az adatkezelés céljáról,
- az adatkezelés jogalapjáról,
- az adatkezelés időtartamáról,
- az adatfeldolgozó
  - nevéről,
  - címéről (székhelyéről),
  - adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy
  - kik és milyen célból kapják meg vagy kaphatják meg az adatokat.

Az adatvédelmi kérdésekben történő tájékoztatás iránti kérelmeket a biztosító adatvédelmi felelőséhez (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52., Vezérigazgatóság, Compliance osztály) kérjük eljuttatni.

A biztosítónak az érintettel szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségét kizárólag adatkezelést szabályozó jogszabály korlátozhatja.

A biztosító személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint addig kezelhet, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító köteles törölni az ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy a létre nem jött szerződéssel kapcsolatos minden olyan személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényes alap. Az érintett jogellenes adatkezelés esetén élhet tiltakozási jogával, illetve bírósághoz is fordulhat.

## Ha nem a biztosított a kárigény bejelentője, a kedvezményezett, megbízott, hozzátartozó

Családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Születéskori neve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_ helység

\_\_\_\_\_ út/utca, házszám

Telefonszáma (vezeték): \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefonszáma (mobil): \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Nyilatkozat

**Szolgáltatási igény: Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás, csonttörés, csontrepedés, baleseti gyógyulási támogatás, baleseti eredetű kórházi kezelés, baleseti eredetű műtét, baleseti eredetű játékképtelenség**

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

**Hozzájárulok, hogy a W.F.B. Europe Alkusz Kft. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyettem a biztosítónál eljárjon.**

1. Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott **hozzájárulásomat**, hogy az Allianz Hungária Zrt.

- a) a **biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából** a személyes és a különleges személyes adataimat (az egészségi adataimat) kezelje.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>
- b) a **szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez** szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>
- c) a **jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben** a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

2. Alulírott biztosított önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben feltüntetett szerződésszámú biztosítással kapcsolatban az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartás alól felmentem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. betekintsen a fentiekben felsorolt személyek, szervek, illetve szervezetek által kezelt, az egészségemre vonatkozó valamennyi olyan orvosi, valamint ezen szervek, személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációba, amely kapcsolatos az igénybejelentőben szereplő szolgáltatás iránti igényem elbírálásával.

4. Hozzájárulok továbbá ezen orvosi és egyéb, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentációkban szereplő adatoknak az Allianz Hungária Zrt. részére történő továbbításához is, valamint ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon. Az alábbi háziorvosi és egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

Kelt:....., \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

.....  
biztosított saját kezű aláírása vagy a biztosított törvényes képviselőjének aláírása<sup>3</sup>

### Megjegyzés:

1. Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.
2. Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.
3. A biztosított, megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

## Nyilatkozat

**Szolgáltatási igény: baleseti haláleset**

**Hozzájárulok, hogy a W.F.B. Europe Alkusz Kft. –mint jelen biztosítási szerződés közvetítője- minden, kárbejelentéssel kapcsolatos kérdésben helyettem a biztosítónál eljárjon.**

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

Alulírott kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

- a) biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a személyes adataimat kezelje.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>
- b) a biztosítási szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>
- c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.  igen<sup>1</sup>  nem<sup>2</sup>

Kelt:....., \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

.....  
a kedvezményezett/szolgáltatásra jogosult saját kezű aláírása<sup>3</sup>

### Megjegyzés:

1. Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.
2. Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.
3. A biztosított, megbízott a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

## Mellékletként csatolt dokumentumok:

### A biztosítási szerződéssel kapcsolatos dokumentumok és személyazonosító iratok:

- a szolgáltatás igénybevételére jogosult természetes személy személyazonosságát szolgáló, igazoló iratok, okiratok, adatok másolata (természetes személy esetén pl. személyazonosító igazolvány, útlevél, lakcímet igazoló hatósági igazolvány adóazonosító jel)
- meghatalmazott esetén az eredeti meghatalmazás
- adóköteles biztosítási szolgáltatás esetén a biztosító által levonandó adó mértékének megállapításához szükséges dokumentumok
- sportorvosi igazolás, sportorvosi engedély
- a közlekedési baleset esetén a járművezető biztosított érvényes jogosítványa, vagy jogosítvány hiányában a vezetésre jogosító irat kiállítására jogosult és illetékes minisztérium által kiadott hivatalos igazolás
- sport balesettel kapcsolatosan a sport baleset bekövetkeztét igazoló dokumentumok, illetve a Szövetség arra vonatkozó nyilatkozata, hogy sport baleset történt-e

### Halálesettel kapcsolatos dokumentumok:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány (halott vizsgálati bizonyítvány) másolata

### Hatósági, hivatali okiratok:

- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult bármilyen hatósági eljárás, vizsgálat során keletkezett helyszíni szemle jegyzőkönyve, szakvélemény, meghallgatási jegyzőkönyv, hatósági értesítés és igazolás
- a bejelentett biztosítási esemény tekintetében indult közigazgatási eljárás során keletkezett, az eljárást lezáró jogerős határozat
- ha a szolgáltatásra jogosult a biztosított örököse, az öröklésről szóló jogerős közjegyzői vagy bírósági határozat, illetőleg jogerős öröklési bizonyítvány másolata
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy kiskorú, akkor a képviselőben eljáró személy törvényes képviselői jogosultságának igazolása
- ha a kifizetés igénybevételére jogosult személy gondnokság alatt áll, akkor a képviselőben eljáró gondnok személyazonosságát igazoló gyámhivatali határozat
- ha külön jogszabály előírja, gyámhivatali engedély a kifizetéshez

### Orvosi dokumentumok:

- a háziorvosi törzskarton és kezelőkarton másolata, a szakorvosi és kórházi kezelés dokumentumainak másolata
- egészségkárosodás esetén az azt igazoló orvosi dokumentumok, azaz az egészségkárosodás bejelentését megelőző utolsó valamint a baleset bekövetkeztének időpontját követően készült összes orvosi dokumentum
- keresőkép telenséget igazoló okirat
- játékkép telenséget igazoló okirat
- a boncolási jegyzőkönyv másolata
- a műtét(ek) részletes leírását tartalmazó műtéti leírás(ok) másolata,
- kórházi tartózkodást igazoló iratok, a zárójelentések és ambuláns kezelőlapok másolata
- az ittassági vizsgálat eredményének hivatalos igazolása; amennyiben ilyen nincs, a biztosított vonatkozó nyilatkozata.
- kábító, illetve egyéb bódulatot keltő szer hatásának vizsgálatáról készített hivatalos orvosi irat, vagy hatósági határozat
- orvosi diagnosztikai eljárások dokumentumai (pl. röntgen, MRI, CT eredmények, leletek)
- az orvosi kezeléssel kapcsolatos valamennyi irat másolata (beleértve az első ambuláns lapot is)
- a megváltozott munkaképességhez vezető betegséggel kapcsolatos összes orvosi és hatósági dokumentum

Egyedi esetben további dokumentumok bemutatását is kérheti a biztosító.