

Kárszám:

Személy sérültek kárbejelentési adatlapja

(a gépjárművek kötelező felelősségbiztosítása alapján történő kárrendezéshez)

A baleset ideje: év hó nap óra perc
A baleset helye: ország város/település,
 út/utca hrsz./hrs.
Lakott területen kívül: út km

A sérült (elhunyt) neve (Születési név is):
Születési helye: Születési ideje: év hó nap
Anyja neve:
Állampolgársága: Személyi igazolványának száma:
Telefonszáma: / E-mail címe¹: @
Lakcíme: helység,
 út/utca, házszám, emelet, ajtó
Bankszámlaszáma: - -

¹ Az e-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a kárrendezés során az Allianz Hungária Zrt. az értesítéseket, tájékoztatásokat e-mail-en (nyílt levelezési rendszeren keresztül) küldje meg. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztató és szabályok a www.allianz.hu honlapon találhatóak.

A sérült (elhunyt) személy balesetben való részvételének minősége: gyalogos utas gépjárművezető
A sérülés jellege: könnyű súlyos halálos
A baleset üzemi baleset volt? igen nem
Ha a sérült utas vagy gépjárművezető, a biztonsági öve a baleset időpontjában be volt-e kapcsolva? igen nem
A sérültet kórházba szállították a balesetet követően? igen nem
A kórházba/klinikára.

A balesetben részt vevő gépjármű(vek):
forgalmi rendszám: típus: szín:
forgalmi rendszám: típus: szín:

Rendőri intézkedés történt? igen nem Rendőrkapitányság

A baleset körülményeinek, okának rövid ismertetése:

A következő rovatot abban az esetben kell kitölteni, ha keresetvesztéség térítését is kéri (ebből személyijövedelemadó-előleget kell levonni):

Neve:
Adóazonosító jele: (a NAV-adóigazolványról)
Társadalombiztosítási azonosító jele: - - (TAJ-száma az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kiadott hatósági bizonyítványról)

Nyilatkozat

Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést, egészséget károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam. igen nem

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

1. Alulírott sérült (kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt.

a) a biztosítási szolgáltatás/kártérítés elbírálása és teljesítése céljából a személyes és a különleges személyes adataimat (egészségi adataimat) kezelje. igen² nem³

b) a szolgáltatás/kártérítés elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről fénymásolatot készítsen. igen² nem³

c) a jelen kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával rendőrségi és ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon. igen² nem³

2. Alulírott károsult/biztosított (kiskorú jogosult esetén a szülői felügyeleti jogot gyakorló törvényes képviselő(k)) önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, természetgyógyászokat és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, illetőleg szervezeteket, akik a személyemre vonatkozó egészségügyi adatokat, illetőleg a gyógykezeléseimmel összefüggő adatot kezelnek az Allianz Hungária Zrt.-vel szemben az őket terhelő titoktartási kötelezettség alól felmentem, és egyúttal meghatalmazom az Allianz Hungária Zrt.-t, hogy a fent felsorolt személyek, szervezetek által rám vonatkozó valamennyi személyes, illetőleg különleges adatról tájékoztatást, valamint az adatokat tartalmazó dokumentumokról másolatot kérjen, illetőleg ezen nyilvántartásokba, dokumentumokba betekintést nyerjen.

3. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a kártérítési igény elbírálása céljából az Allianz Hungária Zrt. az általa kezelt személyes és különleges adataimat orvos szakértő részére továbbítsa.

Háziorvosom neve: _____

címe: _____

A kártérítési igény bejelentését megelőző tíz évben az alábbi egészségügyi intézmények, valamint más gyógykezeléssel foglalkozó szervezetek gyógykezelése alatt álltam:

4. Alulírott károsult/biztosított (kiskorú jogosult esetén a szülői felügyeleti jogot gyakorló törvényes képviselő)) a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy az Allianz Hungária Zrt. jelen káreseménnyel kapcsolatos adatokat továbbíthassa a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás alapján a kár rendezésére illetékes biztosító, illetve a MABISZ GKI részére.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

a károsult/biztosított (kiskorú esetén szülő, gyám) saját kezű aláírása

a megbízott /hozzátartozó saját kezű aláírása

Amennyiben nem a károsult/biztosított a kártérítési igény bejelentője, a megbízott, hozzátartozó, kiskorú esetén a szülő, gyám (a megfelelő aláhúzó)

Neve: _____

Lakcíme: _____ helység,

_____ út/utca, házszám, emelet, ajtó

Telefonszáma: _____ / _____ E-mail címe¹: _____ @ _____

¹ Az e-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a kárrendezés során az Allianz Hungária Zrt. az értesítéseket, tájékoztatásokat e-mail-en (nyílt levelezési rendszeren keresztül) küldje meg. Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztató és szabályok a www.allianz.hu honlapon találhatóak.

^{2,3} Kérjük hozzájárulása esetén az igen² rovatot szíveskedjék kitölteni, ellenkező esetben a nem³ rovatot szíveskedjék kitölteni.

A sérült (kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám) a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni.

Ellenkező esetben kérjük nyilatkozni, hogy milyen minőségben jár el: _____

Tisztelt Ügyfelünk!

A kárbejelentési adatlap a bel- és külföldi forgalmi rendszámú gépjárművek által okozott személysérüléssel vagy halálos kimenetelű balesetek bejelentésére szolgál. Az ilyen jellegű balesetekkel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókról az alábbi tájékoztatást adjuk. Az Allianz Hungária Zrt. a gépjárművek kötelező felelősségbiztosítása alapján azokat a károkat téríti meg közvetlenül a károsultnak, amelyekért a gépjármű üzembentartója (vezetője) a magyar jog szerint felelősséggel tartozik, és társaságunk kezeli a károkozó ezen biztosítását. A kárbejelentési adatlap pontos kitöltéséhez szíves közreműködését kérjük annak érdekében, hogy kárügyét az Ön megelégedésére rendezhessük. Az eredményes kapcsolatfelvételhez az esetleges adathiányok pótlása érdekében szükségünk van az Ön vagy megbízottja pontos címére és elérhetőségére. A balesettel összefüggő kártérítési igényét szíveskedjék írásban tételesen rögzíteni, összegszerűen is megjelölni, és Társaságunk rendelkezésére bocsátani a birtokába került orvosi, kórházi, egyéb hivatalos vagy hatósági iratokkal, bizonylatokkal együtt.

Reméljük, hogy tájékoztatásunkkal segítségére lehettünk.

Tisztelettel:

Allianz Hungária Zrt.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az Ön által benyújtott kártérítési igény nyilván tartásba vétele nem jelenti igényének elismerését tekintettel arra, hogy az elbíráláshoz a kárügy további vizsgálata szükséges.

Érkezett: _____ helység, _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

_____ az átvevő neve