



122/2019 száma/éve

TÚRAJELENTÉS

Időpont: 2019. 03. 15-16-17.

Tájegység: ALACSONY-TÁTRA

Útvonal: Chopok, Farkas

Túranapok száma: 3

Pontérték: 92

Túravezető(k) neve:

Túravezetői anyakönyvi szám:

Jóth Melinda

+ log és foto's

GCKR IV

+ FB poszt


Túravezető(k) aláírása

Minősítő pontérték kiszámítása

Szakág	Táv (km) Idő (óra)	Pontérték
--------	-----------------------	-----------

SIELE'S	15	90 p
---------	----	------

	(3 nap)	p
--	---------	---

		p
--	--	---

Szintemelkedés:	m	p
-----------------	---	---

	m	p
--	---	---

	m	p
--	---	---

Egyéb (részletezve):

.....

CSILLA GYÚRA 2

.....

A túra összpontszám:

92 p

A résztvevők száma:

2

Ebből az egyesület
(szó.) tagja:

1

Vendég összesen:

1

Ebből MTSZ-tag név szerint:

TM

TESCO

TESCO STORES SR, a.s.,
Kamenne nám. 1 / A, Bratislava 815 61
IČO: 31321828, IČ DPH: SK7020000317
Zap.v OR OS Bratislava I, odd.Sa, vl.366/B
HM LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ
KAMENNE POLE 4447/2
031 01 LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ
DKP: 50020203011402595
16-03-2019 17:05:47 č.ploku: 116

BUDIS J.SYTENA 1.5l		
6 ks * 0,35		2,10 C
KELT 10r 0,5l plech		
6 ks * 0,44		2,64 C
Knedia mora. 500g	1 ks	1,09 C
JOJOMARSHM.80g	1 ks	0,59 C
TS 3D TE.G115g	1 ks	1,19 C
JOJOKY.ZIZ.80g	1 ks	0,59 C
Knedia mora. 500g	1 ks	1,09 C
TV Chl. t. sv. 500 g	1 ks	0,79 C
CELKOM EUR		10,08
HOTOVOSŤ EUR		50,00
VRATÍŤ EUR		39,92

EŠTE NEMATE CLUBCARD?

Mohli ste získať 10 Clubcard bodov
Sadzba: Základ: DPH:

C 20%	8,40	1,68
CELKOM:	8,40	1,68

Ďakujeme Vám za nákup

AKÝ BOL VÁŠ DNEŠNÝ NÁKUP?
Podelte sa s nami o svoj názor
na www.tesco.sk/hodnotenie

16/03/19 17:06 01046 005 1057 0116

PF

100

6610

KÖTVÉNY (INSURANCE POLICY)



Allianz Hungária Zrt. (Allianz Hungaria Insurance Co. Ltd)
H-1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.

Szerződésszám (Policy number): AHB928999175

Adószám: 10337587-4-44. Csoport azonosító szám: 17780089-5-44,
EU adószám: HU17780089 Mentés az ÁFA alól.

24 ÓRÁS SEGÉLYVONAL (24/7 HELPLINE): Allianz Hungária: (+36-1) 237-2333, Allianz Global Assistance: (+43-1) 525-03-6516,
Autó Assistance: (+43-1) 525-03-6552; Email: travelassistance@allianz.hu

Téli sportok utasbiztosítás

Biztosítás kezdete és lejárata (The start and end of the insurance period)*:

2019.03.15 00:00 - 2019.03.17 23:59

Területi hatály/pótdíjas munkavégzés:

Nincs

Fizetendő díj (Premium):

6 000 Ft

Szerződő neve (Name of the policyholder):

Becsey Ákos Zsolt

Lakcíme (Address):

2040 Budaörs, Szivárvány utca 8 8. em 50.ajtó

Biztosított neve (name of the insured), születési ideje (date of birth), választott termékszint (level of cover):

Becsey Ákos Zsolt

1995.06.25

Arany

Tóth Melinda Gizella

1963.02.26

Arany

Biztosított gépjármű rendszáma és a választott termékszint neve (Registration number of the insured vehicle and the level of cover):

PGT142 Arany

* A szerződési feltételekben meghatározott nem ismert betegségben történő megbetegedés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás lejárátát követő 365. napig áll fenn.

A biztosítási szolgáltatás szempontjából a kötvény és a szerződési feltételek (AHB-21496/17) rendelkezései az irányadók.

Regarding insurance services the insurance policy and the general terms and conditions (AHB-21496/17) apply.

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a lehető legrövidebb időn belül hívja a 24 órás segélyvonalat. If insurance event occurs call the 24/7 helpline as soon as possible.

A GDPR rendelet alapján a biztosító általi személyes és egészségügyi adatok kezelése elsődlegesen a biztosított hozzájárulása alapján történik. Ha a biztosított fizikai vagy jogi cselekvőképtelensége folytán nem képes a hozzájárulását megadni, akkor az adatok kezelése az érintett vagy más természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme érdekében történik. A biztosító a jogi igények előterjesztése, érvényesítése, illetve védelme érdekében is jogosult az egészségügyi adatok kezelésére. According to GDPR processing of personal data and data concerning health depends primarily on the insured person's statement. If the insured person is physically or legally incapable of giving consent, processing is necessary to protect the vital interests of the data subject or of another natural person. The insurer is entitled to process data concerning health if it is necessary for the establishment, exercise or defence of legal claims.

Egyes egészségügyi intézmények a biztosított hozzájárulását kérik a személyes adatok biztosító részére történő továbbításához, mely esetben kérjük az Adatvédelmi nyilatkozat kitöltését, és az egészségügyi intézmény részére történő átadását!

Kiállította (Issued by):

Dátum(Date): 2019.03.14 16:40

P.H. (L.S.)

Szerződő aláírása (Signature of the policyholder)

DATA PROTECTION STATEMENT IN CASE OF MEDICAL CARE
ADATVÉDELMI NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ESETÉRE

Insurer/Biztosító: Allianz Hungária Zrt.

Insurer's assistance partner/Biztosító asszisztencia partnere: Allianz Worldwide Partners

Insured person/Biztosított: Joth Melinda Gizella

Date of birth/Születési dátum: 1965.02.20

Address/lakcím: 1048 Budapest, Széchenyi u. 8.

Passport or identity card number/Útlevél vagy személyi igazolvány száma: 09224204

Health institution/Egészségügyi intézmény:

Address/Cím: zip code/irányítószám country/ország
city/város street/utca number/szám

I, undersigned insured person (or the legal representative in case of a person with limited ability or inability to act) hereby give my permission for Allianz Hungária Zrt. (hereinafter: insurer) and Allianz Worldwide Partners (hereinafter: insurer's assistance partner) to manage my personal and medical data given by me or obtained during the claim process (and the data of the deceased person) in order to assess and fulfil the insurance claim.

Alulírott biztosított (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén annak törvényes képviselője) hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: biztosító) és az Allianz Worldwide Partners (továbbiakban: biztosító segítségnyújtó partnere) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges, általam megadott, vagy azzal összefüggésben a biztosító tudomására jutott személyes és egészségügyi adataimat (illetve az elhunyt károsult adatait) kezelje.

I, undersigned insured person hereby declare that I absolve all medical institutions, medical doctors, and any other person or intuitions involved in my past and present medical treatment of their obligations of doctor discretion against the insurer and the insurer's assistance partner in order to fulfil the insurance claim. My consent extends to all medical data and any other data registered in connection with my medical treatments.

Alulírott biztosított kijelentem, hogy az egészségügyi intézményeket, orvosokat, és a gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, illetve szervezeteket amelyek, illetve akik kezelnek és eddig kezeltek, az őket terhelő orvos titoktartás alól felmentem a biztosítóval szemben a biztosítási szolgáltatási teljesítése végett. Felhatalmazásom a felsorolt szervezetek és személyek által nyilvántartott, a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi személyemre vonatkozó egészségügyi, és a gyógykezeléseimmel összefüggő adata vonatkozik.

I, undersigned insured person declare that my statement applies for the transmission and transfer of information by the health institution named above to the insurer or the insurer's assistance partner.

Alulírott biztosított kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom kiterjed a fent megnevezett egészségügyi intézmény által a biztosító, illetve a biztosító segítségnyújtó partnere részére történő adatátadásra és adattovábbításra vonatkozóan.

I, undersigned insured person hereby give my voluntary consent to the insurer to examine my medical documentation contained my personal and medical data shared by any above mentioned medical person and institution related to assess and fulfil the insurance claim. Additionally, I hereby give my voluntary permission for the health institution to share my medical documentation with the insurer and the insurer's assistance partner, and provide them copies regarding my medical and any other documents.

Alulírott biztosított önként hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben betekintszen a fentiekben felsorolt személyek és szervezetek által átadott, az egészségemre vonatkozó orvosi dokumentumokba, és a gyógykezeléssel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentumokba, amely kapcsolatos a biztosítási szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. Továbbá önként hozzájárulok, hogy a biztosító, illetve a biztosító segítségnyújtó partnere betekintszen a gyógykezeléssel kapcsolatos dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot készíthessen.

I, undersigned insured person acknowledge that, in the absence of a data protection statement, the insurer may not provide the service or provide it with delay.

Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy az adatvédelmi hozzájárulás hiányában a biztosító a szolgáltatást nem vagy késedelmesen tudja teljesíteni.

Date/kelt: Budapest, 2019.03.16.


Insured person's signature/Biztosított aláírása