



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555 · Fax: +36 1/2386-060
E-mail: info@uniqa.hu · www.uniqa.hu

Baleset- és betegségbiztosítási igénybejelentő

Kötvényszám: _____

Szerződő adatai	Szerződő neve: <input type="text"/> Címe: <input type="text"/>
Biztosított adatai	Biztosított neve: <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/> Születési ideje: <input type="text"/> Születési helye: <input type="text"/> Foglalkozása: <input type="text"/> Lakcíme: <input type="text"/>
 Szolgáltatás fajtája <i>(a megfelelő megjelölendő)</i>	<input type="checkbox"/> Csonttörés <input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés <input type="checkbox"/> Műtéti térítés <input type="checkbox"/> Gyógyulási támogatás <input type="checkbox"/> Keresőképtelenségi térítés <input type="checkbox"/> Tanulási támogatás <input type="checkbox"/> Szülési támogatás <input type="checkbox"/> Kritikus betegség <input type="checkbox"/> Maradandó egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Égési sérülés <input type="checkbox"/> Kullancs okozta bénulás <input type="checkbox"/> Óssejt-levétel <input type="checkbox"/> Otthonápolási támogatás <input type="checkbox"/> Baleseti halál <input type="checkbox"/> Egyéb FIGYELEM! Nem baleseti eredetű haláleseti szolgáltatási igényét a https://www.uniqa.hu/letoltheto-nyomtatvanyok oldalról letölthető „Igénybejelentő nyomtatvány/H8619 Klasszikus életbiztosításhoz” nyomtatványon jelentheti be.
Biztosítási esemény	Biztosítási esemény időpontja: <input type="text"/> Baleset pontos helye: <input type="text"/> Biztosítási esemény rövid leírása (diagnózis / baleset körülményei): Történt-e hatósági vizsgálat? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, _____ hatóság részéről
Szolgáltatásra jogosult adatai	Név: <input type="text"/> Telefonszám: <input type="text"/> Milyen módon kéri a szolgáltatási összeg kifizetését? <input type="checkbox"/> Banki átutalás <input type="checkbox"/> Postai kifizetés Banki utalás esetén bankszámlaszám: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> IBAN-szám: <input type="text"/> SWIFT kód: <input type="text"/> (IBAN és SWIFT kód megadása kötelező ha külföldi bank által vezetett számla javára kéri az átutalást.) Közlemény: <input type="text"/> Postai kifizetés esetén utalási cím: <input type="text"/>
Csatolt dokumentumok	

FIGYELEM! A gyorsabb ügyintézés érdekében a szolgáltatási fajtánként csatolandó dokumentumok köréről a <https://www.uniqa.hu/baleset-es-betegsegbiztositas-igenybejelentes> oldalon tájékozódhat.

Kelt: _____

Biztosított/Kedvezményezett aláírása

Szerződő aláírása

Adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató és nyilatkozatok

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt. *Adatkezelés célja:* A biztosítási szerződésből fakadó jogok és kötelezettségek teljesítése körében a Kárrendezés lebonyolítása, kárügyintézés, biztosítási eseményekkel és kárbejelentési dokumentumokkal kapcsolatos adatkezelés. A Biztosító által kezelt személyes adatok további kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „Adatkezelési Tájékoztató” című dokumentumban és a biztosítási feltételekben talál részletes információt. A Biztosító adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetők – további információt a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „Adatfeldolgozást végző személyek listája” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az **Ügyfélszolgálatán is közlésezi** az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

Alulírott Szerződő, kedvezményezett

- kijelentem, hogy rendelkezek felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyek adatainak megadására, továbbá vállalom az adatvédelmi tájékoztatás átadását ezen személyek részére.
- tudomásul veszem, hogy a kárrendezési eljárás során megadott adatokat a Biztosító a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található Adatkezelési Tájékoztatóban („Adatkezelési Tájékoztató”) foglaltak szerint kezelheti és továbbíthatja;
- kijelentem, hogy az adatkezelésről szóló tájékoztatást és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

- aláírással igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat megtétele önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Alulírott Biztosított

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. **Hozzájárulok ahhoz**, hogy a Biztosító minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző – jogi vagy természetes – személytől (pl. háziorvos, belgyógyász), amely vagy aki egészségügyi és személyes adataimat kezeli, az egészségügyi adataimat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek az egészségügyi és személyes adataimat a Biztosítóknak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító egészségügyi adataimat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adataimat a jelen nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően kezelje. **Az adatkezelés célja** a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésekből származó követelések megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) szükséges, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet. **Tudomásom van arról**, hogy valótlan adatok közlése közlési kötelezettségsértést alapoz meg. **Alulírott biztosított kijelentem**, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a fenti **adatkezelésre vonatkozó** tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: _____

Biztosított/Kedvezményezett aláírása

Szerződő aláírása