



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

Jogvédelmi biztosítás

Szolgáltatás igénybejelentő lap

Kötvényszám: _____ Módozati kód: _____ Kárszám: _____ Érkezett: _____

Szerződő adatai	Neve: _____ Anyja neve: _____ Születési ideje: _____ Születési helye: _____ Címe (I.r.szám, helység, utca, házszám, emelet): _____
Biztosított adatai	Neve: _____ Anyja neve: _____ Születési ideje: _____ Születési helye: _____ Címe (I.r.szám, helység, utca, házszám, emelet): _____
Káresemény besorolása <i>(a megfelelő megjelölendő)</i>	<input type="checkbox"/> Kártérítési jogvédelem <input type="checkbox"/> Büntető-szabálysértési jogvédelem <input type="checkbox"/> Szerződéses jogvédelem <input type="checkbox"/> Örökléssel kapcsolatos jogvédelem <input type="checkbox"/> Munkajogi jogvédelem <input type="checkbox"/> Jogosítvánnyal, jármű okmányaival kapcsolatos jogvédelem <input type="checkbox"/> Óvadék <input type="checkbox"/> Fogyasztói jogvédelem <input type="checkbox"/> Szociális-TB jogvédelem <input type="checkbox"/> Tulajdonosi jogvédelem <input type="checkbox"/> Bérleti jogvédelem <input type="checkbox"/> Ingatlan jogvédelem <input type="checkbox"/> Jogi tanácsadás
Biztosítási esemény adatai	Biztosítási esemény helyszíne: _____ Időpontja: _____ Büntetőeljárás indult az ügyben <i>(jelölje x-szel)</i> ? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Ha igen, ki ellen? _____ Amennyiben rendelkezik információval az eljáró hatóság adatairól, kérjük adja meg az alábbi adatokat: Hatóság neve _____ Címe _____ Telefonszáma _____ Ügyszám _____ Ügyintéző neve _____ Milyen jellegű és összegű igényt kíván érvényesíteni és kivel szemben? A biztosítási esemény rövid leírása (tanúk, okirati bizonyítékok megjelölése)

Kérjük, szíveskedjék a biztosítási eseménnyel kapcsolatos valamennyi okirat másolatát a szolgáltatás igénybejelentő laphoz csatolni vagy azt továbbiakban az UNIQA Biztosító Zrt.-hez eljuttatni.

I. Nyilatkozat

Alulírott Szerződő/Biztosított tudomásul veszem, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. a jogvédelmi szolgáltatás teljesítés céljából a jogvédelmi szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben biztosítási titoknak minősülő adataimat megbízottjainak (pl. szakértőknek, fordítóknak, a szolgáltatásnyújtásával foglalkozó ügyvédeknek, az ügyben eljáró hatóságoknak (pl. bíróság, rendőrség, önkormányzat) és egyéb szervezeteknek jogosult átadni. Ezen adatátadás jogalapja a GDPR 6. cikk (1) bek. b) pontja, a jogvédelemre vonatkozó biztosítási szerződés teljesítése. Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt. („Biztosító”).

Alulírott Szerződő/Biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségi állapotommal kapcsolatos adataimat a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. Az adatkezelés célja a jogvédelmi biztosítási szerződésekből származó követelések érvényesítésének megítéléséhez (pl. kárrendezés, és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos eljárás) és a szolgáltatási igénybejelentések kezeléséhez, intézéséhez szükséges adatkezelés, vagy a Bit.-ben meghatározott egyéb cél lehet. Tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közzététel kötelezettségsértést alapoz meg.

Alulírott Szerződő/Biztosított kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a Biztosító honlapján lévő (www.uniqa.hu/adatvedelem) Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltakat megértettem és tudomásul vettem.

Kelt (hely és dátum): _____

Szerződő/Biztosított aláírása _____

Szerződő/Biztosított aláírása _____