



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

Igénybejelentő nyomtatvány / H 8619

Klasszikus életbiztosításhoz

Kötvényszám (Kitöltése kötelező!):

A bejelentő nyomtatvány 4 oldalas, kérjük alul minden oldalt aláírni.

Szerződő adatai

Figyelem!
Az Ön által megjelölt
azonosító okmányának
és lakcímkártyája
lakcímet tartalmazó
oldalának másolatát
az Igénybejelentőhöz
kötelező csatolni.

Szerződő neve	Születési neve:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Születési helye, ideje:	Anyja születési neve:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lakcíme, lakcím hiányában tartózkodási hely (I.r. sz., helység, utca, házsám, em., ajtó):		
<input type="text"/>		
Levelezési címe:		
<input type="text"/>		
Adóazonosító jele ¹ :	Telefonszám:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Állampolgársága(i): <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb (Írja be valamennyi állampolgárságát!)		
Azonosító okmány(ok) típusa: <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Vezetői engedély <input type="checkbox"/> Útlevél		
Okmány száma és betűjele:	Érvényessége (év, hó, nap):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Jogi személy vagy jogi
személyiséggel nem rendelkező
szervezet

Név:	Rövidített név:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Székhely/magyar.-i fióktelep címe:		
<input type="text"/>		
Céggjegyzékszám / nyilv.tartási szám:	Adószám:	Képviselőre jogosult neve, beosztása:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Figyelem! A www.uniqa.hu oldalról letölthető H8744 számú tényleges tulajdonosi nyilatkozatot és a H 8746K számú adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot megfelelően kitöltve és aláírva kötelező csatolni az Igénybejelentő nyomtatványhoz!

Amennyiben a jogi személy szerződő képviselőjének személyes azonosítására korábban még nem került sor, ez esetben kötelező ennek a személynek a személyes megjelenéssel történő azonosítása. Az azonosítással kapcsolatos részletek az „Ügyfél-átvilágítással kapcsolatos tudnivalók” cím alatt az utolsó oldalon találhatóak.

Biztosított adatai

Ezt a részt kizárólag akkor
kérjük kitölteni, ha a biztosított
nem azonos a szerződővel

Biztosított neve:	Születési neve:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Születési helye, ideje:	Anyja születési neve:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lakcíme, lakcím hiányában tartózkodási hely (I.r. sz., helység, utca, házsám, em., ajtó):	
<input type="text"/>	
Levelezési címe:	
<input type="text"/>	
Telefonszám:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A kedvezményezett vagy a biztosító szolgáltatására jogosult személy adatai

A kedvezményezett vagy a
biztosító szolgáltatására joga-
sult (pl. törvényes örökös) sze-
mélyes azonosítása kötelező.
Az azonosítással kapcsolatos
részletek az „Ügyfél-átvilági-
tással kapcsolatos tudnivalók”
cím alatt az utolsó oldalon
találhatóak.

Kedvezményezett vagy a szolgáltatásra jogosult személy neve:	Születési neve:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Születési helye, ideje:	Anyja születési neve:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lakcíme, ennek hiányában tartózkodási helye (I.r. sz., helység, utca, házsám, em., ajtó):		
<input type="text"/>		
Levelezési címe:		
<input type="text"/>		
Adóazonosító jele ¹ :	Telefonszám:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Állampolgársága(i): <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb (Írja be valamennyi állampolgárságát!)		
Azonosító okmány(ok) típusa: <input type="checkbox"/> Személyazonosító igazolvány <input type="checkbox"/> Vezetői engedély <input type="checkbox"/> Útlevél		
Okmány száma és betűjele:	Érvényessége (év, hó, nap):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Figyelem! Az Ön által megjelölt azonosító okmányának és lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát az Igénybejelentőhöz kötelező csatolni.

A kedvezményezett / biztosító szolgáltatására jogosult
személy azonosítását a Pmt. alapján elvégeztem:

az azonosítást és személyazonosság igazoló ellenőrzését
elvégző személy aláírása és azonosítási száma

szerződő aláírása

biztosított aláírása

kedvezményezett aláírása

¹ Adóazonosító jel megadása kizárólag akkor szükséges, ha a szerződés tárgya kedvezményre jogosító nyugdíjbiztosítás, vagy amennyiben a szerződő nyugdíjbiztosítása alapján a adójóváírásra jogosult, vagy külföldi adózó, vagy a kifizetés a személyi jövedelem adóról szóló törvény szerint adóköteles.

Szolgáltatás fajtája

Kérjük X-el jelölje meg, hogy melyik igénnyel kíván élni!

Teljes visszavásárlás

Alulírott szerződő és biztosított fenti kötvényszámú életbiztosításunkat megszüntetjük. Tudomásul vesszük, hogy a visszavásárlással az alapszerződés és az esetleges kiegészítő biztosítások is megszüntetésre kerülnek*.

- A visszavásárlási összeg kifizetését kérem.
 A visszavásárlási összeg átkönyvelését kérem az alábbiak szerint:

* A visszavásárlási összeg mértékéről az info@uniqa.hu e-mail címen vagy a +36 1/20/30/70 544-5555 telefonszámon kérhet tájékoztatást.

Alulírott szerződő és biztosított tudomásul vesszük, hogy a biztosító az általa kezdeményezett rögzített telefonos hívás útján megerősítést kérhet a szerződőtől a jelen visszavásárlási kérelem teljesítése kapcsán. Tudomásul vesszük, hogy amennyiben a biztosító által kezdeményezett rögzített hívás során tett szóbeli nyilatkozatával a szerződő a visszavásárlási kérelmet visszavonja, azzal egyidejűleg a jelen visszavásárlási kérelem minden további cselekmény nélkül hatályát veszti, és a biztosító kötelezettsége annak teljesítésére nem áll be.

Elérési rész-szolgáltatás

10. évi 13. évi 15. évi 16. évi
- A részkifizetés nyereséggel növelt értékét kérem teljesíteni.
 Csak a részkifizetést kérem, a nyereségszámlát jelenleg nem kívánom felvenni.
 A részkifizetés utalását kérem.
 A részkifizetés átkönyvelését kérem az alábbiak szerint:

Haláleset

Baleseti halál

Kérjük csatolni a halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát. Baleset esetén a rendőrségi eljárást lezáró határozat másolatát is kérjük csatolni.

Lejáratú szolgáltatás

Lejáratú kedvezményezettként on-line videó azonosítást kérek

Továbbtanulás miatti szolgáltatás

Házasságkötés miatti szolgáltatás

Nyugdíj jogosultság korhatár előtti megszerzése*

Legalább 40%-os mértékű egészségkárosodás

* Kérjük csatolja a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv jogerős határozatát.

Egyéb szolgáltatások

- Kórházi napi térítés Műtéti térítés Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás
 Kritikus betegség Csonttörés

Az igényelt szolgáltatás igazolásához szükséges az orvosi dokumentációt (kórházi zárójelentés, táppénzes igazolás másolatát, stb.) csatolni!

Utalási rendelkezés

Bankszámlára / nem természetes személy esetén a közhiteles nyilvántartásban szereplő bankszámlára

Számlatulajdonos neve*:

Bankszámlaszám:

IBAN-szám:

SWIFT kód:

(IBAN és SWIFT kód megadása kötelező ha külföldi bank által vezetett számla javára kéri az átutalást.)

Számlavezető pénzügyintézet neve:

Közlemény**:

Postacímre:

* **Figyelem!** Ha a kedvezményezett/ szolgáltatásra jogosult egyéb személy a fent megadott bankszámla tulajdonosától eltérő személy, ebben az esetben mindkét személy személyes azonosítása szükséges, amely központi ügyfélszolgálatunkon vagy ügynökségeinken végezhető el (elérhetőségeik az „Ügyfél-átvilágítással kapcsolatos tudnivalók” cím alatt található).

Figyelem! A Biztosító nem teljesít kifizetéseket más biztosító társaságok bankszámlaszámára visszavásárlási vagy részvisszavásárlási igénybejelentés esetén tekintve, hogy a Biztosító a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 166/C. § (1) bekezdésének megfelelően arányos intézkedéseket tart fenn az ügyfelei érdekeit esetlegesen sértő összeférhetlenség megelőzése érdekében.

Kérjük, hogy **visszavásárlási igénybejelentés** esetén erre figyelemmel adja meg a bankszámlaszámot és a számlatulajdonos nevét, ellenkező esetben ugyanis nem áll módunkban a kifizetést teljesíteni.

** Kizárólag abban az esetben kérjük kitölteni, ha az utalás enélkül nem beazonosítható!

szerződő aláírása

biztosított aláírása

kedvezményezett aláírása

Kérjük, hogy a nyomtatvány minden oldalát a csatolandó azonosító okiratával megegyező módon írja alá.

Szolgáltatásra jogosult nyilatkozata kiemelt közszereplői státuszról

Alulírott szolgáltatásra jogosult büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy jelen nyilatkozat tételekor és az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül

- Nem minősültem kiemelt közszereplőnek.
 Kiemelt közszereplőnek minősültem. Kódszám: Az alábbi táblázat alapján válassza ki a megfelelő kódszámot.

Azért minősülök kiemelt közszereplőnek, mert jelen nyilatkozat megtételekor vagy az ügyfél-átvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül az alábbi fontos közfeladatok valamelyikét láttam el. (Ebben az esetben a kódszám csak egy darab számjegy „1” és „8” között; pl. „2”, azaz országgyűlési képviselő)

1	államfő, kormányfő, miniszter, miniszterhelyettes, államtitkár (Magyarországon: államfő, miniszterelnök, miniszter, államtitkár)
2	országgyűlési képviselő vagy hasonló jogalkotó szerv tagja (Magyarországon: országgyűlési képviselő, nemzeti szónok)
3	politikai párt irányító szervének tagja (Magyarországon: politikai párt vezető testületének tagja, tisztségviselője)
4	legfelsőbb bíróság, alkotmánybíróság, olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs (Magyarországon: Alkotmánybíróság, ítéletábrla, Kúria tagja)
5	a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja (Magyarországon az Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja)
6	nagykövet, ügyvivő, fegyveres erők magas rangú tisztviselője (Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei)
7	többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja (Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja)
8	nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.

Azért minősülök kiemelt közszereplőnek, mert az alábbiak szerinti HOZZÁTARTOZÓJA VAGYOK vagy más módon KÖZELI KAPCSOLATBAN állok olyan személlyel, aki a fentiek szerinti fontos közfeladatok valamelyikét látja el jelen nyilatkozat megtételekor vagy látta el az ügyfélátvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül.

(Ebben az esetben a kódszám két elemből tevődik össze: egy darab számjegy és egy darab betű („A”-tól „C”-ig) összekapcsolásával; pl. „2B”, azaz országgyűlési képviselő élet-társa vagy „2F”, azaz országgyűlési képviselővel szoros üzleti kapcsolatban álló személy)

A	a fent megnevezett kiemelt közszereplő házastársa vagyok
B	a fent megnevezett kiemelt közszereplő élettársa vagyok
C	a fent megnevezett kiemelt közszereplő vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke vagyok
D	a C) pontban felsoroltak házastársa vagy élettársa vagyok
E	a fent megnevezett kiemelt közszereplő vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője vagyok
F	kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa vagy vele szoros üzleti kapcsolatban álló személy vagyok
G	egyszemélyes tulajdonosa vagyok olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre

Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatok (FATCA/CRS)

(Minden esetben kérjük kitölteni!)

Visszavásárlás esetén a szerződés, haláleseti vagy lejáratási szolgáltatás esetén a kedvezményezettnek kell kitöltenie!

Alulírott (név) büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem vagyok amerikai** állampolgár, nem Amerikában születtem, nem rendelkezem amerikai adóilletőséggel, továbbá nem rendelkezem amerikai adószámmal.

- Igen, kijelentem Nem tudom kijelenteni → Kérjük adja meg amerikai adószámát:
→ Amerikai állampolgársággal rendelkezem.

(Amennyiben a „Nem tudom kijelenteni” nyilatkozatot teszi meg, az Amerikai Egyesült Államok illetékes hatósága által kibocsátott, megfelelő formanyomtatvány kitöltése is szükséges! A nyomtatvány az ügyfélszolgálatunktól igényelhető az első oldalon található telefonszámon.)

Az adóügyi illetőségem szerinti ország:

- Magyarország
 Egyéb (az ország(ok) és országonként az adóazonosító jel(ek) megadása kötelező):

Nem magánszemély esetében a www.uniqa.hu honlapról letölthető H8746K számú „Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatok” című nyomtatvány nem magánszemélyekre vonatkozó részének kitöltése szükséges!

** Az „Amerika” és „amerikai” megjelölés az Amerikai Egyesült Államokra (USA) vonatkozik.

Több kedvezményezett esetén kedvezményezettenként új igénybejelentő kitöltése szükséges.

szerződő aláírása

biztosított aláírása

kedvezményezett aláírása

Kérjük, hogy a nyomtatvány minden oldalát a csatolandó azonosító okirattal megegyező módon írja alá.

I. Adózással kapcsolatos tudnivalók

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy – a hatályos adójogszabályok alapján – amennyiben a szolgáltatás, visszavásárlás teljesítésével kamattjövdelem keletkezik, a kifizetéskor kamatadó kerül levonásra, melyet a biztosító utal el a Nemzeti Adó- és Vámhivatal részére. A levont kamatadó mértékéről a biztosító a szerződő részére tájékoztatást küld.

Élethosszig tartó (halál esetére szóló) életbiztosítások: ha a szerződés tartama során bármely időszakra a szerződő vagy díjfizető nem magánszemély volt, akkor a magánszemély részére kifizethető visszavásárlási, részleges visszavásárlási összeg egyéb jövedelemként adóköteles. Az adóalap – a magánszemély nyilatkozata alapján – csökkenthető az általa befizetett díjakkal. Az adóköteles jövedelem után a biztosító a hatályos személyi jövedelemadóról szóló törvény (Szja) rendelkezései szerint az adóelőleg megállapítja, levonja és megfizeti az adóhatóságoknak. A biztosító igazolást állít ki erről a jövedelemről és az adóelőleg-levonásról, amelyben felhívja a magánszemélyt arra, hogy a jövedelme után egészségügyi hozzájárulás (SZOCHO) fizetési kötelezettsége is van, amelyet az adóévről készítendő bevallásban kell bevallania, és a bevallási határidőig megfizetnie az adóhatóságoknak.

Nyugdíjbiztosítások: ha nyugdíjcéllal megtakarításból nem szolgáltatásként kerül sor a kifizetésre, az esetlegesen igénybevevett adókedvezményt 20%-kal növelten vissza kell fizetni az adóhatóság részére.

A biztosító a kifizethető összegből a tartozást levonja és közvetlenül utalja a Nemzeti Adó- és Vámhivatal részére, melyről és az esetlegesen fennmaradó tartozásról elszámolást ad.

Jelen tájékoztató nem teljeskörű, döntése előtt kérjük, tanulmányozza a mindenkori hatályos jogszabályokat.

II. Ügyfél-átvilágítással kapcsolatos tudnivalók

Tájékoztatójuk, hogy amennyiben a biztosító nem tudja végrehajtani a jogszabályban meghatározott ügyfél-átvilágítási intézkedéseket, akkor az érintett ügyfélre vonatkozóan köteles megtagadni az ügyfél megbízása alapján fizetési számlán keresztül művelet végzését, ügyleti megbízás teljesítését, vagy köteles megszüntetni a vele fennálló üzleti kapcsolatot.

1. Amennyiben még nem került sor

- a magánszemély szerződő és a kedvezményezett (ha a kedvezményezett személye nem azonos a szerződővel) **személyes megjelenés keretében történő azonosítására**, illetve
- a nem magánszemély szerződő és kedvezményezett **képviselőjének személyes megjelenés keretében történő azonosítására**, úgy a kifizetés teljesítéséhez kérjük, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatán vagy bármelyik ügynökségén **SZEMÉLYESEN jelenjen meg annak érdekében, hogy az azonosítást és a személyazonosság igazoló ellenőrzését munkatársaink elvégezhessék.** Az ügyfélszolgálat és az ügynökségek elérhetősége a www.uniqa.hu/irodakereso internetes oldalon található.

2. Amennyiben már korábban sor került a szerződő és a kedvezményezett személyes megjelenés keretében történő azonosítására, úgy kérjük, hogy a kifizetés teljesítéséhez az alább felsorolt dokumentumok fénymásolatát szíveskedjen csatolni. Kérjük, hogy a fénymásoláskor csak a lakcímet tartalmazó oldalát fénymásolja le!

Amennyiben a hivatkozott igazolványok másolatát nem kívánja megküldeni, kérjük az UNIQA Biztosító Zrt. ügyfélszolgálatán vagy bármelyik ügynökségén személyesen jelenjen meg az okmányaival annak érdekében, hogy a kifizetéshez szükséges dokumentumokat munkatársaink előkészíthessék.

Az azonosításhoz szükséges dokumentumok:

- magánszemély esetén: érvényes személyazonosító igazolvány (vagy útlevél, vagy kártya formátumú vezetői engedély), valamint a lakcímet igazoló hatósági igazolvány;
- nem magánszemély esetén: 30 napnál nem régebbi, hatályos cégkivonat (vagy a hatósági, bírósági nyilvántartásba vételt igazoló 30 napnál nem régebbi, hatályos okirat), a képviselőre jogosult, a jelen nyilatkozatot is aláíró személy aláírási címpéldánya, valamint érvényes személyazonosító igazolványa és a lakcímet igazoló hatósági igazolványa, továbbá az arra vonatkozó – cégszerű aláírással ellátott – nyilatkozat, hogy a kifizetés teljesítését a nem magánszemély jogosult **cégkivonatban szereplő** mely bankszámlájára kéri.

III. Adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató és nyilatkozatok

III.1. Tájékoztató

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt. **Adatkezelés célja és jogalapja:** (1) Cél: A biztosítási szerződésből fakadó jogok és kötelezettségek teljesítése körében a Kárrendezés lebonyolítása, kárügyintézés, biztosítási eseményekkel és kárbejelentési dokumentumokkal kapcsolatos adatkezelés. Jogalap: szerződéses jogviszony esetén a GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése, szerződéses jogviszony hiányában a GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító biztosítási szerződés teljesítéséhez fűződő jogos érdeke, egészségügyi adatkezelés esetén az érintett kifejezett hozzájárulása. (2) Cél: A FATCA-törvény alapján fennálló kötelezettségek (pl.: adattovábbítás) teljesítése.

Jogalap: GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a 2014. évi LXXXVIII. törvény [„Bit.”] 148.§ és a 2014. évi XIX. törvény keletkezteti. (3) Cél: A Pénzügyi Számákkal kapcsolatos adatszolgáltatás és átvilágítás alapján fennálló kötelezettségek (pl.: adóilletőség megállapítása) teljesítése. Jogalap: GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a 2014. évi LXXXVIII. törvény 148/A. §, a 2015. évi CXC. törvény, valamint a 2013. évi XXXVII. törvény, továbbá a 2017. évi CL. törvény 34.§ (1) bekezdésében és 50.§ (2) bekezdés 28. pontjában foglaltak keletkeztetik. (4) Cél: A Biztosító pénzügyi megelőzésével kapcsolatos kötelezettségei (pl.: az ügyfél-átvilágítási intézkedések) teljesítése. Jogalap: GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a 2017. évi LIII. törvény [„Pmt.”] 7.§-17.§. keletkezteti. (5) Cél: A Biztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló 2017. évi LII. Törvényben („Kit.”) foglalt kötelezettségeinek teljesítése. Jogalap: GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a Kit. 16.§ keletkezteti. (6) Cél: A Biztosító szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos kötelezettségeinek (pl.: kifizetés teljesítése) elvégzése. Jogalap: GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszonyra vonatkozó törvények, valamint az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény keletkezteti.

Tájékoztatójuk, hogy a biztosító a FATCA-törvény és az Aktv. alapján illetőségvizsgálatot végez és a szerződést ennek alapján minősíti abból a célból, hogy a fent megjelölt adójogi jogszabályokban meghatározott esetekben az illetékes magyar és amerikai hatóságok felé adatszolgáltatási és jelentéstételi kötelezettségének eleget tegyen. A Biztosító által kezelt személyes adatok további kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a www.uniqa.hu/adatkezes 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/adatkezes oldalon található „**Adatfeldolgozást végző személyek listája**” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi** az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

III.2. Nyilatkozat

Alulírott Szerződő, Kedvezményezett

- tudomásul veszem, hogy a biztosító a FATCA-törvény és az Aktv. alapján, az e jogszabályokban meghatározott esetekben a biztosítási titkot képező adatokat az illetékes magyar és amerikai hatóságok részére továbbítja.
- kötelezettséget válllok arra, hogy a fenti nyilatkozatokban rögzített adatokmegváltoztatását 5 (öt) munkanapon belül írásban bejelentem a biztosítóknak.
- kijelentem, hogy rendelkezek felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyes 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/adatkezes 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 beszeresse, 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.

IV. Egyéb nyilatkozatok

A szolgáltatásokat és egyéb kifizetéseket a biztosító a jogosultság és az összeg végleges megállapítását követő 15 napon belül teljesíti.