



# Szolgáltatási igénybejelentő

Affinity Csoportos balesetbiztosítás

Érkeztetés:

<b>Biztosított adatai</b>	Biztosított neve: <input type="text"/> Biztosított születési neve: <input type="text"/> Születési helye, ideje: <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Bejelentő adatai</b>	Bejelentő neve: <input type="text"/> Lakcím, telefon: <input type="text"/>
<b>Szolgáltatás fajtája</b>	Közlekedési baleseti haláleset
<b>Biztosítási esemény</b>	Biztosítási esemény oka, leírása, időpontja:        Történt-e hatósági vizsgálat? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Rendőrkapitányság részéről <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
<b>A biztosított által vezetett, balesetben résztvevő gépjármű adatai</b>	Rendszám: <input type="text"/> Alvázsám: <input type="text"/>
<b>Milyen módon kéri a biztosítási összeg kifizetését?</b>	Milyen módon kéri a biztosítási összeg kifizetését? <input type="checkbox"/> Postai utalvány <input type="checkbox"/> Banki átutalás Postai utalvány esetén utalási cím: <input type="text"/> <input type="text"/> Banki utalás esetén bankszámlaszám: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<b>Csatolt dokumentumok</b> <i>(a megfelelő bejelölendő)</i>	<input type="checkbox"/> Boncolási jegyzőkönyv <input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat <input type="checkbox"/> Hagyatékatadó végzés <input type="checkbox"/> Öröklési bizonyítvány <input type="checkbox"/> Vizsgálatot végző orvos adatai <input type="checkbox"/> Baleseti sérülést és következményeit dokumentáló orvosi igazolások <input type="checkbox"/> Véralkohol és/vagy kábító hatású anyag vizsgálati eredmény <input type="checkbox"/> A biztosított vezetői engedélye <input type="checkbox"/> Jármű forgalmi engedélye <input type="checkbox"/> Baleseti jegyzőkönyv <input type="checkbox"/> Hatósági eljárás határozata, jegyzőkönyve <input type="checkbox"/> Rendőrségi eljárás jegyzőkönyve

## 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](http://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 közölhetőek – további információt a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) 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.

### Alulírott Bejelentő

- kijelentem, hogy rendelkezem felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyek adatainak megadására.
- tudomásul veszem, hogy a kárrendezési eljárás során megadott adatokat a Biztosító a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://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 Bejelentő, mint a Biztosított örököse

**Hozzájárulok** ahhoz, hogy a Biztosító a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos adatokat 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 a Biztosított egészségügyi és személyes adatait kezeli, az egészségügyi adatokat beszerezze, egyúttal ezen adatkezelő személyeket felmentem a titoktartási kötelezettség alól és hozzájárulok ahhoz, hogy ezen adatkezelő személyek a Biztosított egészségügyi és személyes adatait a Biztosítónak továbbítsák, illetve hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító az egészségügyi adatokat ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, továbbá a Biztosító ezen adatokat 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 Bejelentő kijelentem**, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a fenti tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.”

---

Kelt:

---

Bejelentő aláírása