



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

Szolgáltatási igénybejelentő

UNIQA Vállalati Hitelvédelem
csoportos biztosításhoz

Szerződő: **UniCredit Leasing Hungary Zrt.**

(székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 5–6.)

Érkeztetés:

Biztosított	Biztosított neve, születési neve: <input type="text"/> Születési ideje: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Születési helye: <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/> Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Szolgáltatás fajtája <i>(a megfelelő megjelölendő)</i>	<input type="checkbox"/> Bármely okú halál <input type="checkbox"/> Balesetből vagy betegségből eredő, 80%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Balesetből eredő, 50%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodás <input type="checkbox"/> Kiemelt kockázatú betegségek
Biztosítási esemény	oka (részletes leírása), időpontja: Baleset esetén Hol történt az első kezelés, és ki végezte? _____ Történt-e hatósági vizsgálat? * <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Rendőrkapitányság részéről * <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem (* a megfelelő megjelölendő)
Bejelentő <i>Amennyiben eltér a biztosítottól, akkor szükséges a kitöltése</i>	Bejelentő neve: <input type="text"/> Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Telefonszáma: <input type="text"/>

Biztosítotti kárbejelentés esetén kitöltendő

Alulírott kijelentem, hogy a jelen Szolgáltatási Igénybejelentőben adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott, illetve az esetlegesen csatolt dokumentumokban szereplő egészségi állapotommal kapcsolatos különleges adatnak minősülő személyes adataimat hozzájárulásom alapján az UNIQA Biztosító Zrt. a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek teljesítése céljából kezelje. Továbbá, jelen nyilatkozatommal biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó általuk nyilvántartott adatok tekintetében az UNIQA Biztosító Zrt.-vel szemben fennálló titoktartási kötelezettsége alól felmentem a kezelőorvosaimat, az engem kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), az egészségbiztosítókat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket.

Kelt: _____

Biztosított 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 adatfeldolgozójaként jelenik meg a jelen csoportos biztosítási termék vonatkozásában az UniCredit Leasing Hungary Zrt. (mint Szerződő).

A Biztosító további adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetőek – információt a 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/Biztosított

- kijelentem, hogy rendelkezem 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;
- tudomásom van arról, hogy valótlan adatok közlése közzétevésségtételt alapoz meg;
- aláírással igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek;
- kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat megtétele önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

Alulírott Biztosított

- kijelentem, hogy a jelen Szolgáltatási Igénybejelentőben adott válaszaim a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok ahhoz, hogy az általam megadott, illetve az esetlegesen csatolt dokumentumokban szereplő egészségi állapotommal kapcsolatos különleges adatnak minősülő személyes adataimat hozzájárulásom alapján a Biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségeinek teljesítése céljából kezelje;
- továbbá, jelen nyilatkozatommal biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, egészségi állapotomra és egészségbiztosítási ellátásaimra vonatkozó általuk nyilvántartott adatok tekintetében a Biztosítóval szemben fennálló titoktartási kötelezettsége alól felmentem a kezelőorvosaimat, az engem kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt (NEAK), az egészségbiztosítókat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, és
- 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.

Kelt: _____

Biztosított/Bejelentő aláírása (a megfelelő aláhúzendó)

Kérjük, pipálja ki az igénybejelentővel együtt leadott dokumentumokat!

Bármely okú halál	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Halotti anyakönyvi kivonat <input type="checkbox"/> Halottvizsgálati bizonyítvány <input type="checkbox"/> A halottvizsgálati bizonyítványon szereplő betegségekkel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a betegségek kezdetétől <input type="checkbox"/> A balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata (zárójelentés stb.) <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült <input type="checkbox"/> Idegen nyelvű iratok esetén azok hiteles magyar fordítása <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó elérhetősége (név, lakcím, telefonszám) <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata
Balesetből vagy betegségből eredő, 80%-ot meghaladó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodás mértékét megállapító rehabilitációs szakigazgatási szerv szakvéleménye <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodást okozó betegségekkel/balesettel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a betegségek kezdetétől. <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által), baleset esetén <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült
Baleseti eredetű, 50%-ot elérő maradandó egészségkárosodás	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> A baleset körülményeinek leírása (biztosított által) <input type="checkbox"/> A balesettel kapcsolatban készült összes orvosi ellátás irata <input type="checkbox"/> A végállapot kialakulása utáni záró szakorvosi vélemény (a balesetet követő 2 éven belül) <input type="checkbox"/> Az egészségkárosodás mértékét megállapító rehabilitációs szakigazgatási szerv szakvéleménye, ha készült <input type="checkbox"/> Munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, munkahelyi baleset esetén <input type="checkbox"/> Gépjármű vezetőjeként elszenvedett baleset esetén jogosítvány és forgalmi engedély másolata <input type="checkbox"/> Rendőrségi határozat, amennyiben készült <input type="checkbox"/> Idegen nyelvű iratok esetén azok hiteles magyar fordítása
Kiemelten súlyos betegségek	<input type="checkbox"/> Szolgáltatási igénybejelentő <input type="checkbox"/> Kórházi zárójelentés(ek) másolata <input type="checkbox"/> Szövettani lelet másolata (daganatos betegségnél)

A biztosító a szolgáltatási igény értékeléséhez további dokumentumokat is bekérhet.