

**Szerződés adatai**

Kötvényszám: \_\_\_\_\_

Módozat:  UNION Értem Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás  UNION Kandalló Extra  
 Erste Kandalló Extra  UNION Otthonbiztosítás  
 egyéb: \_\_\_\_\_

Kockázatviselési hely: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Kockázatviselési helyen lakók száma: \_\_\_\_\_

**Szerződő adatai**

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési címe: \_\_\_\_\_ ir.sz \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca/tér \_\_\_hsz \_\_\_em \_\_\_ajtó

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Biztosított adatai**

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési címe: \_\_\_\_\_ ir.sz \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca/tér \_\_\_hsz \_\_\_em \_\_\_ajtó

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Károsult adatai (ha nem azonos a biztosítottal)**

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési címe: \_\_\_\_\_ ir.sz \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca/tér \_\_\_hsz \_\_\_em \_\_\_ajtó

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Meghatalmazott adatai (amennyiben meghatalmazott jár el)**

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Levelezési címe: \_\_\_\_\_ ir.sz \_\_\_\_\_ helység \_\_\_\_\_ utca/tér \_\_\_hsz \_\_\_em \_\_\_ajtó

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail cím: \_\_\_\_\_

Kinek a képviseletében jár el:  szerződő  biztosított  károsult**A szolgáltatási igény bejelentője**Az igénybejelentő milyen minőségben jár el:  szerződő  biztosított  károsult  meghatalmazott**Kommunikáció módja**Kér-e a szolgáltatási igényének aktuális státuszáról elektronikus tájékoztatást? igen  nem *(kizárólag Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás termék esetén választható szolgáltatás!)*Szeretne-e a kárrendezés során elektronikusan kommunikálni a Biztosítóval? igen  nem *Amennyiben kéri az elektronikus kommunikációt, illetve Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás esetén a bejelentett kár státusza módosulásának elektronikus nyomon követését, kérjük, a Szerződő/ Biztosított/Károsult/Meghatalmazott adatainál adja meg e-mail címét.***Káreseményre vonatkozó adatok**

Kár helye: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ helység  
 \_\_\_\_\_ közterület (út, utca, tér stb.) \_\_\_\_\_ házsám \_\_\_\_\_ emelet \_\_\_\_\_ ajtó

Kár időpontja: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_ nap

Kár oka: \_\_\_\_\_

Becsült kárösszeg: \_\_\_\_\_ Ft

Káresemény rövid leírása: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Károsodott vagyontárgyak: \_\_\_\_\_

Hatósági eljárás volt?  igen  nem

Eljáró hatóság megnevezése: \_\_\_\_\_

Hatósági eljárás, illetve határozat száma: \_\_\_\_\_

Amennyiben a hatósági eljárásban hozott határozat rendelkezésre áll, kérjük, a szolgáltatási igénybejelentővel együtt küldje meg a biztosító részére.

A biztosítási szolgáltatás/kártérítés kifizetését:

 postai úton, lakcímemre kérem, a \_\_\_\_\_ banknál vezetett \_\_\_\_\_ számlaszámra kérem utalni.

Más biztosító társaságnál rendelkezik-e az ingatlanra/ingóságra érvényes vagyonbiztosítással:

 igen  nem

A biztosító neve: \_\_\_\_\_ Biztosítás kötvényszáma: \_\_\_\_\_

Esetleges videós kárrendezés esetén rendelkezik-e arra alkalmas készülékkel és mobilnettel?

 igen  nem

### Kárfelelősségre vonatkozó adatok

A biztosított a károkozásért való felelősségét elismeri-e:  igen  nem  részben

Indoklás: \_\_\_\_\_

A biztosítottal szembeni igényérvényesítés időpontja: \_\_\_\_\_

A biztosított a kárt megtérítette-e:  igen  nem

A biztosított által megtérített kár összege: \_\_\_\_\_ A kifizetés időpontja: \_\_\_\_\_

### Nyilatkozat

A hatályos jogszabályok értelmében a károsodott vagyontárgyak vonatkozásában Áfa-visszatérítésre:

 jogosult vagyok  nem vagyok jogosult

Kijelentem, hogy a káresemény kapcsán másik biztosítóval szemben, illetve másik biztosítóval fennálló szerződésem alapján:

 igényt érvényesítettem / érvényesítek  igényt nem érvényesítettem / nem érvényesítek

A biztosító neve: \_\_\_\_\_ Biztosítás kötvényszáma: \_\_\_\_\_

A személyes adataim kezelésére vonatkozóan részletes, érthető tájékoztatást tartalmaz az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Adatkezelési tájékoztatója, mely a biztosító [www.union.hu](http://www.union.hu) weboldalának adatvédelmi oldalán is elérhető. Jelen adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő kárigény, szolgáltatási igény jogosságának megítélése, a kárigények gyorsabb ügyintézése, kifizetése.

Amennyiben Ön nem áll szerződéses kapcsolatban az UNION Biztosítóval (károsult, egyéb érintett), akkor a kárigényének elbírálása érdekében a személyes adatait jogos érdek alapján kezeli a Biztosító.

Amennyiben személyi sérüléses káresemény történt, a Biztosító a személyes adatok különleges – egészségügyi adatok – kategóriáit is kezeli, amely adatok kezeléséhez az érintett (károsult) önkéntes és kifejezett hozzájárulása szükséges.

Alulírott károsult az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- személyi sérüléses káreseménnyel összefüggésben a fentebb megadott (mellékletként csatolt) dokumentumokban szereplő egészségügyi adatokat a Biztosító az Adatkezelési tájékoztatójában említett célből, az ott leírtak szerint kezelje;
- a Biztosító a kártérítési igényem elbírálásához a veszélyközösség megóvása céljából a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 149.§ (5) bekezdés a), c) és e) pontjaiban meghatározott adatokat beszerezze más biztosítótól, amennyiben az erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

Tudomásom van arról, hogy a Biztosító a feladatai, kötelezettségei teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája a <https://union.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el. Az érintetti jogokról teljes körű információ az Adatkezelési tájékoztató III. fejezetében található.

\_\_\_\_\_ károsult aláírása

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a biztosító a jelen igénybejelentőn szereplő információkon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet, ezért abban az esetben tudjuk kifizetni a kártérítést, ha a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges minden irat beérkezett részünkre és a jogalap igazolt.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ igénybejelentő aláírása

UNION Biztosító Ügyfélszolgálat 1134 Budapest Váci út 33. Telefon: (36-1) 486-4343  
 Vezérgazgatóság: H-1082 Budapest, Baross u. 1. ✉: H-1380 Budapest, Pf. 1076. Telefon: (36-1) 486-4200 Fax: (36-1) 486-4390  
 Internet: [www.union.hu](http://www.union.hu) E-mail: [mfolakaskar@union.hu](mailto:mfolakaskar@union.hu) (kizárólag Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás termék esetén);  
[otthonkar@union.hu](mailto:otthonkar@union.hu) (minden egyéb lakástermék esetén)