

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 képviselőjében 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 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 sérüléssel kapcsolatos 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 sérüléssel kapcsolatos káreseménnyel összefüggésben a fentebb megadott (mellékletként csatolt) dokumentumokban szereplő egészségügyi adatokat a Biztosító az Adatkezelési tájékoztatójában említett célből, az ott leírtak szerint kezeli;
- 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 E-mail: mfolakaskar@union.hu (kizárólag Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás termék esetén);
otthonkar@union.hu (minden egyéb lakástermék esetén)