

Szerződés adatai

Kötvényszám: _____

Módozat: ☐ UNION Értem Minősített Fogyasztóbarát Otthonbiztosítás ☐ UNION Lakásbiztosítás
☐ UNION Kandalló Extra ☐ Erste Kandalló Extra
☐ UNION Otthonbiztosítás ☐ egyéb: _____

Kockázatviselési hely: _____ ir.szám _____ helység _____
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Kockázatviselési helyen lakók száma: _____

Szerződő adatai

Neve: _____

Címe: _____ ir.szám _____ helység _____
 _____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ 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.) _____ házszám _____ 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.) _____ házszám _____ 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.) _____ házszám _____ 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.) _____ házszám _____ 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: _____

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 szerződéseim 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 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 célból, az ott leírtak szerint kezelje és felhatalmazom a Biztosítót, hogy a veszélyközösség megóvása érdekében a Bit. 149.§-ban foglaltak alapján megkereséssel fordulhasson más biztosítókhoz a Bit. 149.§-ban foglalt adataim átadása érdekében.

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