UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555
E-mail: info@uniqa.hu

Államilag finanszírozott általános gyermek- és ifjúsági balesetbiztosítás szolgáltatási igénybejelentő

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy a jelen nyomtatvány mindkét oldalának pontos, hiánytalan kitöltésével és a kért iratok csatolásával segítse munkánkat!

Biztosított (gyermek) adatai

Biztosított neve:

Születési ideje: Születési helye:

Anyja neve: Állampolgársága:

Lakcíme:

Kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy gondnok) adatai

Neve:

Születési ideje:

Telefon: E-mail cím:

Címe:

Milyen módon kéri a szolgáltatási összeg kifizetését?

☐ Postai utalvány ☐ Banki átutalás

Postai utalvány esetén utalási név és cím:

Banki átutalás esetén bankszámlaszám:

Bankszámlatulajdonos neve:

A baleset körülményeinek leírása

A baleset időpontja: 20 _____ év _____ hó _____-n _____ óra

A baleset pontos helye:

Hogyan történt a baleset, milyen sérülés érte a biztosítottat? Az esemény részletes leírása:

A biztosítási eseménnyel kapcsolatban álló kezelőorvos, egészségügyi intézmény neve, címe:

Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? *(a megfelelő bejelölendő)*	☐ **CSONTTÖRÉS – a biztosítóhoz benyújtandó dokumentumok:** ☐ a kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap, ☐ a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy orvosi igazolás másolata, ☐ a biztosítotti jogosultságot igazoló irat másolata (lakcímkártya, személyi igazolvány és/vagy születési anyakönyvi kivonat). ☐ **BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGKÁROSODÁS – a biztosítóhoz benyújtandó dokumentumok:** ☐ a kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap, ☐ a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettel a szolgáltatási igénybejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolata, ☐ a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok, ☐ szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása, ☐ amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani a nyomozás során készült jegyzőkönyv, ☐ illetve a jogerős határozat másolatát is, ☐ a biztosítotti jogosultságot igazoló irat másolata (lakcímkártya, személyi igazolvány és/vagy születési anyakönyvi kivonat). ☐ **BALESETI HALÁL – a biztosítóhoz benyújtandó dokumentumok:** ☐ a kitöltött szolgáltatási igénybejelentő lap, ☐ a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata, ☐ a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány másolata, ☐ jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés másolata, ☐ a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok, ☐ szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása, ☐ a biztosítotti jogosultságot igazoló irat másolata (lakcímkártya, személyi igazolvány és/vagy születési anyakönyvi kivonat).

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos adatait a biztosítási szerződés teljesítése érdekében kezelje. Alulírott, 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, a Biztosított egészségügyi adatait 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 a Biztosított egészségügyi adatait ezen adatkezelő személyeknek továbbítsa, valamint a Biztosító a Biztosított ezen adatait 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 kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatot, valamint a Biztosító Adatkezelési tájékoztatóját elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a www.uniqa.hu oldalról.

Kelt: _____

_____

Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása
(kiskorú törvényes képviselőjének – szülő, gyám –, illetve a biztosított közeli hozzátartozójának aláírása)