



**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 biztosított jogosultságát igazoló irat másolata (lakcímkártya, személyi igazolvány és/vagy születési anyakönyvi kivonat).
- BALESETI EREDETŰ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS – 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 biztosított jogosultságát 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 biztosított jogosultságát 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 beszeresse, 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](http://www.uniqa.hu) oldalról.**

Kelt: \_\_\_\_\_

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