



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555
Fax: +36 1 2386-144
E-mail: vagyonkar@uniqa.hu

Kárbejelentő lap

Vagyonbiztosítás

Biztosítási kötvényszám: _____

Szerződő adatai	Szerződő neve: <input type="text"/>	Szerződő születési dátuma (jogi személy esetén adószáma): <input type="text"/>
	Szerződő címe (I.r. sz., helység, utca, házszám, em., ajtó): <input type="text"/>	
	Szerződő telefonszáma: <input type="text"/>	Szerződő e-mail címe: <input type="text"/>
Biztosított adatai	Biztosított neve: <input type="text"/>	Biztosított születési dátuma (jogi személy esetén adószáma): <input type="text"/>
A biztosított megegyezik a szerződéssel? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Nem válasz jelölés esetén: Kérjük adja meg a vonatkozó adatokat!	Biztosított címe (I.r. sz., helység, utca, házszám, em., ajtó): <input type="text"/>	
	Biztosított telefonszáma: <input type="text"/>	Biztosított e-mail címe: <input type="text"/>
Károsult adatai	Károsult neve: <input type="text"/>	Károsult születési dátuma (jogi személy esetén adószáma): <input type="text"/>
A károsult megegyezik szerződéssel <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem biztosítottal <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Nem válasz jelölés esetén: Kérjük adja meg a vonatkozó adatokat!	Károsult címe (I.r. sz., helység, utca, házszám, em., ajtó): <input type="text"/>	
	Károsult telefonszáma: <input type="text"/>	Károsult e-mail címe: <input type="text"/>
Kárbejelentő adatai	Bejelentő neve: <input type="text"/>	Cég neve (jogi személy esetén) <input type="text"/>
Kárbejelentő minősége: <input type="checkbox"/> Szerződő <input type="checkbox"/> Biztosított <input type="checkbox"/> Megbízott <input type="checkbox"/> Károsult 3. személy <input type="checkbox"/> Alkusz Kérjük, hogy amennyiben Ön, mint kárbejelentő a korábban megadott személyektől eltérő személy, úgy a vonatkozó adatokat adja meg!	Bejelentő telefonszáma: <input type="text"/>	Bejelentő e-mail címe: <input type="text"/>
Káresemény adatai	Káresemény helyszíne: <input type="text"/>	
	Káresemény időpontja: <input type="text"/>	Észlelés időpontja: <input type="text"/>
Károsodott vagyontárgy	Káresemény besorolása	
<input type="checkbox"/> Főépület <input type="checkbox"/> Melléképület/garázs <input type="checkbox"/> Ingóság (lakásban) <input type="checkbox"/> Árukészlet <input type="checkbox"/> Gép-berendezés <input type="checkbox"/> Úveg <input type="checkbox"/> Egyéb: _____	<input type="checkbox"/> Tűz <input type="checkbox"/> Robbanás <input type="checkbox"/> Füst és hő által okozott kár <input type="checkbox"/> Viharkár <input type="checkbox"/> Jégverés <input type="checkbox"/> Felhőszakadás (ingatlant elöntő esővíz)	<input type="checkbox"/> Beázás csapadéktól <input type="checkbox"/> Árvíz <input type="checkbox"/> Földrengés <input type="checkbox"/> Vezetékes vízkár – Csőtörés a biztosított ingatlanban <input type="checkbox"/> Vezetékes vízkár – Beázás másik lakásban történt
	<input type="checkbox"/> Betöréses lopás <input type="checkbox"/> Rablás <input type="checkbox"/> Rongálás <input type="checkbox"/> Üvegtörés <input type="checkbox"/> Felelősség <input type="checkbox"/> Egyéb: _____	
Hatósági intézkedés	Intézkedő hatóság neve: <input type="text"/>	
Történt hatósági intézkedés? (rendőrségi, tűzoltósági stb.) <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		
Károkozó adatai	Károkozó neve: <input type="text"/>	
(felelősségi kár esetén, ha ismert) Károkozó személy megegyezik a szerződéssel? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Nem ismert	Károkozó címe: <input type="text"/>	
	Károkozó telefonszáma: <input type="text"/>	Károkozó e-mail címe: <input type="text"/>

A káresemény és a kárenyhítés érdekében történt intézkedés leírása

Károsodott tárgyak listája

Tárgy leírása (márka, típus)	Beszerezés éve	Becsült kárérték	Egyéb megjegyzés
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____
_____	_____ év	_____ Ft	_____

Becsült kárösszeg

Hozzávetőlegesen meg tudja becsülni a kár teljes összegét? Nem Igen, körülbelül: _____ Ft

Károsult bankszámlaszáma:

- - ÁFA visszatérítésre nem jogosult

Adatkezeléssel kapcsolatos rendelkezések:

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt. **Adatkezelés célja:** A biztosítási szerződésből fakadó jogok és kötelezettségek teljesítése körében a Kárrendezés lebonyolítása: Kárügyintézés, biztosítási eseményekkel és kárbejelentési dokumentumokkal kapcsolatos adatkezelés: a technikai adminisztráció megkönnyítése és a kárigények gyorsabb ügyintézése, kifizetése, továbbá az igénybejelentővel történő, a kárügyintézés megkönnyítő kapcsolatfelvétel postai úton, e-mailen vagy telefonon, ezen keresztül azon információk és adatok begyűjtése, melyek által a Biztosító meg tudja ítélni a kárigény jogosságát, valamint a kárkifizetés szerződés szerint szükséges mértékét. A Biztosító által kezelt személyes adatok kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „Adatkezelési Tájékoztató” című dokumentumban talál részletes információt. A Biztosító adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetőek – további információt a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található „Adatfeldolgozást végző személyek listája” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi** az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

Alulírott

- kijelentem, hogy rendelkezek felhatalmazással a nyomtatványon szereplő természetes személyek adatainak megadására.
- tudomásul veszem, hogy a kárrendezési eljárás során megadott adatokat a Biztosító a www.uniqa.hu/adatkezeles oldalon található Adatkezelési Tájékoztatóban („Adatkezelési Tájékoztató”) foglaltak szerint kezelheti és továbbíthatja, így különösen:
 - hozzájárulok ahhoz, hogy jelen kárigénnyel összefüggésben az esetleges előzmény kár dokumentumokat jelen kárhoz az UNIQA Biztosító Zrt. a társbiztosítóktól beszerezze. Igen Nem
 - nyilatkozom, hogy jelen kárigénnyel foglalt vagyontárgy(ak)ra rendelkezem másik biztosító társaságnál is biztosítással. Igen Nem
Igen válasz esetén kérjük adja meg: Biztosító neve: _____ Kötvényszáma: _____
 - hozzájárulok ahhoz, hogy jelen kárigénnyel kapcsolatosan az UNIQA Biztosító Zrt. a kárigény elbírálásához a társbiztosítótól a szükséges kérdő-küldeményeket, információkat beszerezze, tekintettel a többes biztosítottságra. Igen Nem
 - hozzájárulok ahhoz, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. jelen káreseménnyel összefüggésben a rendőrségi, az ügyészségi, illetve egyéb eljáró hatósági iratokba betekinthesen, valamint azokról másolatot készítsen. Igen Nem
- kijelentem, hogy az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltakat és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.
- aláírással igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
- Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat megtétele önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában történt.

E-Kár Kapcsolattartásra vonatkozó nyilatkozat

Kifejezetten kérem, hogy az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: a „Biztosító”) valamennyi, jelen kárrendezési ügyemhez kapcsolódó hiánypótlási felhívást, nyilatkozatot, dokumentumot, szolgáltatással összefüggő lényeges információt, így akár biztosítási titkokat is, elektronikus úton küldjön meg részemre az általam kifejezetten erre a célra a fentiekben megadott e-mail címemre vagy telefonszámra. **Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatom kizárólag jelen kárigénnyel kapcsolatos kommunikációra vonatkozik.** Kivételt képezhetnek az E-Kár kapcsolattartás alól a jogszabályban meghatározott esetek, vagy egyéb fontos, például technikai, biztonsági okok, üzemzavar esete. A megadott adatok valódiságáért felelősséggel tartozom, azok megváltozását, megszüntését a Biztosítónak haladéktalanul köteles vagyok bejelenteni. Tudomásul veszem, hogy ezen kötelezettség megszegéséből, késedelmes vagy hibás teljesítéséből, valamint a Biztosító ellenőrzési körén kívül felmerülő hibákból, üzemzavarokból eredő károkért a Biztosító nem vállal felelősséget. **Tudomásul veszem, hogy a jelen E-Kár kapcsolattartási nyilatkozat kizárólag a fenti kapcsolattartásra vonatkozik és annak megtétele önmagában nem jogosít arra, hogy biztosítási titkot megismerjek.**

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Szerződő/Biztosított aláírása

Kárbejelentő aláírása

Jogi személy esetén cégszerű aláírás szükséges. Megbízotti eljárás esetén kérjük a kárbejelentéshez a vonatkozó meghatalmazást mellékelje.