



UNIQA Biztosító Zrt.  
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70-74.  
Tel.: +36 1/20/30/70 5445-555 · Fax: +36 1/2386-060  
E-mail: info@uniqa.hu · www.uniqa.hu

## Haláleset és Balesetbiztosítási igénybejelentő a Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége részére

Balesetbiztosítás kötvényszám: \_\_\_\_\_

<b>Szerződő adatai</b>	Szerződő neve: <b>Magyar Kosárlabdázók Országos Szövetsége</b> Levelezési címe: 2040 Budaörs, Liget utca 12.
<b>Biztosított adatai</b>	Biztosított neve: _____ Telefonszáma: _____ Születési ideje: _____ Születési helye: _____ Foglalkozása: _____ Lakcíme: _____
<b>Szolgáltatás fajtája</b> (a megfelelő megjelölendő)	<input type="checkbox"/> Baleseti halál <input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés <input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság <input type="checkbox"/> Csonttörés <input type="checkbox"/> Gyógyulási támogatás
<b>Biztosítási esemény</b>	Biztosítási esemény időpontja: _____ Baleset pontos helye: _____ Biztosítási esemény rövid leírása (diagnózis / baleset körülményei):  Történt-e hatósági vizsgálat? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, _____ hatóság részéről
<b>Szolgáltatásra jogosult adatai</b> (Biztosított, törvényes képviselő vagy örökös adatai)	Név: _____ Telefonszám: _____ Milyen módon kéri a szolgáltatási összeg kifizetését? <input type="checkbox"/> Banki átutalás <input type="checkbox"/> Postai kifizetés Banki utalás esetén bankszámlaszám: _____ IBAN-szám: _____ SWIFT kód: _____ (IBAN és SWIFT kód megadása kötelező ha külföldi bank által vezetett számla javára kéri az átutalást.) Közlemény: _____ Postai kifizetés esetén utalási cím: _____
<b>Csatolt dokumentumok</b>	

FIGYELEM! A gyorsabb ügyintézés érdekében a szolgáltatási fajtánként csatolandó dokumentumok köréről a <https://www.uniqa.hu/baleset-es-betegsegbiztositas-igenybejelentes> oldalon tájékozódhat.

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

Biztosított/Szolgáltatásra jogosult  
(Kiskorú esetén törvényes képviselő)

## Adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztató és nyilatkozatok

**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 Biztosító által kezelt személyes adatok további kategóriáiról, őrzési idejéről, továbbá a személyes adataival kapcsolatos jogairól és jogorvoslati lehetőségekről a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) oldalon található „Adatkezelési Tájékoztató” című dokumentumban és a biztosítási feltételekben talál részletes információt. A Biztosító adatfeldolgozóiról – akikkel az Ön személyes adatai közölhetők – további információt a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) oldalon található „Adatfeldolgozást végző személyek listája” elnevezésű dokumentumban találhat. A Biztosító az **Ügyfélszolgálatán is közlésezi** az Adatkezelési Tájékoztatót, továbbá ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is megismerhetők. A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

*Alulírott Szerződő, kedvezményezett*

- kijelentem, hogy rendelkezek felhatalmazással a nyomtatványon szereplő személyek adatainak megadására, továbbá vállalom az adatvédelmi tájékoztatás átadását ezen személyek részére.
- tudomásul veszem, hogy a kárrendezési eljárás során megadott adatokat a Biztosító a [www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles) oldalon található Adatkezelési Tájékoztatóban („Adatkezelési Tájékoztató”) foglaltak szerint kezelheti és továbbíthatja;
- kijelentem, hogy az adatkezelésről szóló tájékoztatást és a jelen nyilatkozatot elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

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

\_\_\_\_\_  
Biztosított/Kedvezményezett aláírása

Alulírott Biztosított, mint Meghatalmazó meghatalmazom

### HUNPartner Biztosítási Alkusz és Pénzügyi Tanácsadó Korlátolt Felelősségű Társaság

székhely: 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 11. c. ép. 6. em.

Adószám: 12555923-4-43

Cégjegyzékszám: 01-09-282146

mint **Meghatalmazottat,**

hogy a \_\_\_\_\_ **kötvényszámú / kárszámú biztosítással kapcsolatban** az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) előtt **az alábbiakban jelölt esetkörben képviseljen, a nevemben és helyettem eljárjon:**

- biztosítási esemény bejelentésével kapcsolatos ügyintézés tárgyában (pl.: kárigény bejelentése, hiánypótlás megküldése, kárigény elbírálására vonatkozó döntés megismerése).

Jelen meghatalmazás alapján a Meghatalmazott szolgáltatási összeg átvételére, valamint a szolgáltatásról egyezséget kötni nem jogosult.

**Alulírott Meghatalmazó nyilatkozom, hogy**

- felmentem a Biztosítót a harmadik személyekkel szembeni titoktartási kötelezettsége alól a Meghatalmazott irányába. Ez alapján a Biztosító jogosult a Meghatalmazott részére a jelen meghatalmazásban meghatározott biztosítási szerződéssel kapcsolatban a fent megjelölt tevékenység ellátásához kért információt (beleértve az egészségügyi adataimat is) a Meghatalmazott részére átadni.
- a Meghatalmazott a biztosítási titoknak minősülő személyes és – amennyiben ilyen adat a Biztosító rendelkezésére áll – egészségügyi adataimat a fent megjelölt tevékenység ellátásához megismerheti.
- a jelen meghatalmazás adása önkéntes. Teljeskörűen tisztában vagyok az általam jelen formában adott meghatalmazás jogi természetével és az ebből eredő következményekkel.

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

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazó

Tisztelt Kárrendezés! Csatoltan küldöm a kárbejelentést. Kérem a kárszám megküldését e-mailben a részemre.  
Kassai Zoltán, HUNPartner alkusz. [kassai.zoltan@hunpartner.hu](mailto:kassai.zoltan@hunpartner.hu)