UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

Erste Védelem a Mindennapokra Plusz
Szolgáltatási igénybejelentő

Személyes vagyontárgyak védelme

Kérjük, nyomtatott betűvel töltse ki! ☒ A megfelelő helyen így jelölje!

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, nyomtatott betűkkel töltse ki a szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el címünkre: **UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Erste Védelem a Mindennapokra Kárrendezési Csoport, 1300 Budapest, Pf. 161, Tel: (06-1) 501-2271**

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben az igénybejelentő nyomtatványt Ön vagy meghatalmazottja nem írja alá a megfelelő hely(ek)en, úgy hiánypótlás céljából visszaküldjük Önnek, és a kárügyintézést csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

Biztosított adatai

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely: _____ Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: +36 _____ / _____ E-mail cím: _____

Meghatalmazott adatai

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely: _____Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Levelezési cím: _____ ir.szám _____ helység

_____ közterület (út, utca, tér stb.) _____ házszám _____ emelet _____ ajtó

Telefonszám: +36 _____ / _____ E-mail cím: _____

A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Biztosítási esemény fajtája: ☐ elvesztés ☐ lopás ☐ rablás

Biztosítási esemény helye: _____

Biztosítási esemény időpontja: _____ év _____ hónap ___ nap

Rendőrségi feljelentés időpontja: _____ év _____ hónap ___ nap

A mobiltelefon ellopását követően vásárolt Ön új mobiltelefon készüléket? ☐ Igen ☐ Nem

Káresemény rövid leírása: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Az elvesztett/ellopott/elrabolt vagyontárgyra vonatkozó kérdések

A tárgy megnevezése, típusa	A tárgy vételára	A vásárlás dátuma	Pótlás költsége	Pótlás dátuma

Fontos információk:
Ha a fenti táblázatban (1) pénztárcát, táskát, inhalátort, hallókészüléket, tolla(ka)t, hagyományos órát, szemüveget (vagy az itt felsorolt tárgyak valamelyikét) vagy (2) Lopás / Rablás útján eltulajdonított, az Általános Biztosítási Feltételek 1.7. pontja szerinti olyan Elektronikai eszközt is feltüntet, melynek értéke 50 000 Ft-nál kevesebb, akkor ezen tárgyakra vonatkozóan elegendő a pótlást igazoló számla másolatának benyújtása.
A pótlási számla másolata mellett a beszerzési számla másolatát is be kell nyújtani, ha: (A) a Lopás / Rablás útján eltulajdonított Elektronikai eszköz (i) értékét a fenti táblázatban egyáltalán nem tüntette fel vagy (ii) ha az érték 50 000 Ft vagy azt meghaladó összeg vagy (B) ha a kárrendezési eljárás során utóbb nyújt be a fenti (1) vagy (2) körbe tartozó biztosított vagyontárgy(ak) pótlására vonatkozó számlát.

Vonatkozik-e a vagyontárgyra más biztosítás is? (pl. lakásbiztosítás, vagyonbiztosítás, stb.) ☐ igen ☐ nem
Bejelentett-e kárt más biztosítónál? ☐ igen ☐ nem

A kárigény elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:
Minden esetben
- az elvesztett/ellopott/elrabolt eredeti vagyontárgy vételárát igazoló számla, vagy bizonylat, kivéve a fentebbi, „Fontos információk"-nál jelezett esetekben.
- a pótlásként vásárolt vagyontárgy vételárát igazoló számla, vagy bizonylat
- lopás vagy rablás esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata
- ha a biztosítási esemény külföldön történt, az idegen nyelven kiállított hatósági dokumentumok hitelesített magyar fordítása
- a Biztosított tulajdonában álló mobiltelefon készülék letiltására vonatkozó, az ellopott mobiltelefon készülék IMEI számát tartalmazó igazolás másolata
- a jogtalanul eltulajdonított fedezett kulcsok pótlása és/vagy a zárcsere során felmerült költségeket igazoló számlák másolata (ha vannak ilyenek)

Alulírott, jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljesek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja.

Kijelentem, hogy a személyes adataim megadását megelőzően részletes, világos és általam megértett tájékoztatást kaptam adataimnak a Biztosító általi kezelésére vonatkozóan. Az adatkezelés célja a biztosítási jogviszony létrejötte, fenntartása, valamint a biztosítási jogviszonyhoz kapcsolódó díjak, igények megállapítása, valamint a biztosítási szolgáltatás teljesítése.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum: _____ _____
Igénybejelentő (biztosított) aláírása