

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
KERESŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE**

Tisztelt Ügyfelünk!

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre.

CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.
Kárrendezési Igazgatóság
Levelezési cím: 1300 Budapest, Pf.: 124.
E-mail: csoportoskar@cig.eu

Tájékoztatjuk, hogy a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. az Ön kárigényének, szolgáltatási igényének feldolgozásával, adminisztrációjával és rendezésével a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt-t, mint kiszervezett tevékenységet végző közreműködőt bízta meg. Ezen megbízott a hatályos jogszabályoknak megfelelően kezeli adatait és dokumentumait, az adatkezelésről részletesen a biztosítási feltételekben és a <https://www.cigpannonia.hu/adatvedelem> honlapon olvashat. Amennyiben Ön hozzájárul az elektronikus kapcsolattartáshoz a kárrendezési eljárás során, biztosítói oldalról a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. e-mail címéről fog elektronikus küldeményeket kapni.

Kérjük, fordítson külön figyelmet az igénybejelentő hátoldalán mindkét szürkével megjelölt és vastagon keretezett mezőre, mert ha ezeket nem írja alá, nem tudjuk megkezdeni kárigényének elbírálását.

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt.

A Biztosított személyes adatai:

Név:.....	Születési név:..... <i>Ezt csak akkor töltsse ki, ha különbözik a jelenlegi nevétől</i>
Születési dátum:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni telefonszám:.....	<input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához*
Mobil telefonszám:.....	e-mail cím:.....

Meghatalmazott személyes adatai (amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el):

Név:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni telefonszám:.....	<input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához.*
Mobil telefonszám:.....	e-mail cím:.....

*Tájékoztatás e-mail cím felhasználásáról: amennyiben hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és használatához, társaságunk e-mail-ben is felveheti a kapcsolatot Önnel, kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából. Amennyiben az e-mail-en történő kommunikációhoz való hozzájárulását vissza kívánja vonni, kérjük, küldjön erről üzenetet az ugyfelszolgalat@cig.eu e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

A kárigényhez kapcsolódó biztosítási és banki termék:

Bank (szerződő) neve	Biztosítás típusa	Kapcsolódó banki termék azonosítója hitelszerződés száma
Takarékbank Zrt.	személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás

Keresőképtelenné válása előtt Ön munkavállaló, vállalkozó vagy nyugdíjas volt? munkavállaló vállalkozó nyugdíjas**Mely naptól számítva van keresőképtelen állományban?**

Keresőképtelenség első napja (év/hó/nap):

Milyen okból vált keresőképtelenné? baleset miatt betegség miatt**Amennyiben baleset miatt vált keresőképtelenné, kérjük**

adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap):, és írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

Kérjük, fordítson a következő oldalra!

Kárigénye elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről elnevezésű igazolás („táppénzes papír”) másolata a háziorvosától
Ezek hiányában, amennyiben az Ön munkáltatója TB kifizető hely, a munkahely hivatalos igazolása arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban, továbbá milyen időszakra (mettől meddig) történt a táppénz számfejtése a munkáltató részéről.
Ezek hiányában, amennyiben az Ön munkáltatója nem TB kifizető hely, az OEP által kiállított hivatalos igazolás a táppénzes időszakról, valamint az Ön munkáltatója által kiállított hivatalos igazolás a táppénzes időszak első napjairól (melyet az OEP igazolás nem tartalmaz)
A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleset diagnosizának megnevezését és BNO kódját, valamint a diagnózis első megállapításának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum másolata háziorvosától vagy kezelőorvosától
A betegséggel vagy balesettel kapcsolatban kiállított leletek, ambuláns lapok, zárójelentések másolatai kezelőorvosától

Abban az esetben, ha balesetből kifolyólag van keresőképtelen állományban, fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását is kérjük:

Munkahelyi baleset esetén üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata
Rendőri intézkedés esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata

Mivel Ön olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános és Különös Biztosítási Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, szíveskedjen megadni a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

Számlaszám: - - Számlatulajdonos neve:

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Biztosítottól a tudomásunkra jut, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelésre vonatkozó részletes Adatvédelmi tájékoztatót a biztosításra vonatkozó Általános és Különös Biztosítási Feltételek elnevezésű dokumentum tartalmazza.

Kérjük, hogy a kárrendezési folyamat megkezdése érdekében írja alá a következő adatkezelési nyilatkozatot:**Nyilatkozat az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról**

Alulírott **Biztosított / Meghatalmazott** jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) és az esetleges viszontbiztosítói a kárrendezési eljáráshoz illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatait gyűjtsék és kezeljék, tekintettel arra, hogy ezek az adatok elengedhetetlenül szükségesek a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez. Tudomásul veszem továbbá, hogy ezeket az adatokat a Biztosító a kár elbírálásához igénybevetett orvosszakértői részére továbbítja. Tájékoztatom, hogy a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatások teljesítését. Hozzájárulásának visszavonása nem eredményezi adott esetben a biztosított jogviszonyának megszüntetését, és a kezelt egészségügyi adatok nem kerülnek törlésre, kivéve ha az adatkezelésnek nincs más jogalapja.

Név:

Aláírás:

Amennyiben nem a Biztosított az igénybejelentő, akkor kérjük a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatoltan legyen szíves megküldeni meghatalmazását!

**Tájékoztató Meghatalmazott személyek részére
(Amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)**

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezés folyamat során Önről, mint **Meghatalmazottról** a tudomásunkra jut, a kárrendezési folyamat során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelés az Ön személyes adatai tekintetében önkéntes hozzájáruláson alapul. Az adatkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatónkat Társaságunk Adatkezelési tájékoztatója tartalmazza, melyet a www.cigpannonia.hu weboldalon megtalál. Ön jogosult bármikor visszavonni hozzájárulását, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítését, kivéve ha a Biztosított ismét bejelenti személyesen a kárt. Kérjük, az alábbi nyilatkozat kitöltésével és aláírásával adja meg hozzájárulását a személyes adatainak kezeléséhez.

Nyilatkozat a Meghatalmazott személyes adatainak kezeléséhez való hozzájárulásról

Alulírott Meghatalmazott jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. a kárrendezési eljáráshoz szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljáráshoz, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához beszeresse, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben az Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név:

Aláírás:

Tájékoztatás SMS szolgáltatásról

A kárrendezési eljárás során Önnek lehetősége van SMS formájában tájékoztatást kapni a jelen igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási szolgáltatás iránti igénye(i)vel kapcsolatos legfontosabb információkról. SMS szolgáltatásunk igénybevétele díjmentes. Társaságunk az SMS elküldéséhez külső szolgáltatót vesz igénybe, amely az SMS küldési szolgáltatás nyújtása során birtokába kerülő valamennyi írott vagy szóbeli adatot, közleményt, információt (pl.: telefonszám, SMS szövege), függetlenül annak megjelenési formájától, bizalmasan kezel, és teljes felelősséget vállal azért, hogy ezek nem jutnak jogosulatlan harmadik fél birtokába. A külső szolgáltató nem fér hozzá az Ön személyes adataihoz, amelyeket a kárrendezési eljárás során bocsátott rendelkezésünkre. Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön az esetleges telefonszám-változásának tényét és új mobil telefonszámát köteles írásban bejelenteni Társaságunkhoz, még a változás bekövetkeztét megelőzően. A bejelentés elmulasztásából eredő következményekért Társaságunk nem vállal felelősséget. Tájékoztatjuk Önt, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön nem tud Társaságunknak üzenetet küldeni és a Társaságunk által küldött SMS üzenetre sem tud válaszolni. Társaságunk fenntartja magának a jogot, hogy előzetes értesítés nélkül felfüggeszse a szolgáltatást, ha ez karbantartási vagy biztonsági okokból szükséges. Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta.

Kérjük, itt ikszelje be, ha igénybe venné ingyenes kényelmi SMS szolgáltatásunkat:

Az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta.

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

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:.....	Igénybejelentő aláírása:
-------------	--------------------------------