

Szerződészsám: 1 6 0 1 0 0 5 7 1 7

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve: _____
Lakcíme (levelezési cím!): _____
Telefonszáma: _____ E-mail címe*: _____

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve: _____ Állampolgárság: _____
Biztosított születés kori neve: _____ Anyja születés kori neve: _____
Születési helye, ideje: _____
Állandó lakcíme: _____

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

- Baleseti halál
 Csonttörés
 Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) Örökös

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve: _____
Születés kori neve: _____ Anyja születés kori neve: _____
Születési helye, ideje: _____
E-mail címe*: _____
Állandó lakcíme: _____

* Hozzájárulok, hogy a Biztosító a szolgáltatás elbírálásával kapcsolatosan a tájékoztatást az igénybejelentőn megadott e-mail címen továbbítsa.

A biztosítási összeget kérem fizessék ki az alábbi pénzügyi számlára:

Számlavezető bank neve: _____
Számlatulajdonos neve: _____
Forintos bankszámlaszám: _____
Eurós bankszámlaszám (IBAN kód - bankszámlaszám): _____
SWIFT kód (Eurós bankszámla esetén): _____

Alulírott, _____, kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek, valamint nyilatkozom, hogy a biztosítási szerződésre vonatkozó Általános és Különös Feltételeket megismertem és elfogadtam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben tőlem eltérő személy bankszámlájára kérem a biztosítási összeg utalását, akkor az összeg feletti rendelkezési jogomat visszavonhatatlanul elvesztem.

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Törvényes képviselő
 Örökös
 Hozzá tartozó, mégpedig: _____

Kelt: _____ 2 0 _____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított törvényes képviselőjének aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. január 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 2 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 2 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21

A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK**1. Baleseti halál esetén:**

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés,
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása,
- a biztosított jogosultságát igazoló iratok: lakcímkártya lakcímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevel vagy születési anyakönyvi kivonat.

A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

2. Csonttörés esetén:

- a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy az orvosi igazolás másolata,
- a biztosított jogosultságát igazoló iratok: lakcímkártya lakcímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevel vagy születési anyakönyvi kivonat.

3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igénybejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítását,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani a nyomozás során készült jegyzőkönyvet, illetve a jogerős határozatot is,
- a biztosított jogosultságát igazoló iratok: lakcímkártya lakcímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevel vagy születési anyakönyvi kivonat.

BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA:

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Kijelentem továbbá, hogy jelen nyilatkozatot a Biztosított törvényes képviselőjeként teszem meg. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom. Tudomásul veszem, hogy a Biztosító a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. Jelen igénybejelentő aláírásával felhatalmazom a Biztosítót a Biztosított egészségügyi adatai beszerzésére. Hozzájárulok, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére, legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

Alulírott az előzetes, részletes tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával önkéntesen, befolyásmentesen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálása és a Biztosító szolgáltatásának teljesítése céljából az általam megadott, vagy a Biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adatait a Biztosítottnak kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítónak nem áll módjában a szolgáltatást teljesíteni.

Tudomásul veszem továbbá a tájékoztatást, miszerint a hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti. Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

KEDVEZMÉNYEZETT NYILATKOZATA (HA NEM A BIZTOSÍTOTT)

Alulírott kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a jelen bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Ezúton kijelentem, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos, valamint a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom. Hozzájárulok, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére, legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

Kelt: _____

2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított törvényes
képviselőjének aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. január 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 2 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 2 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levezetés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eutelefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21