

Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány

Az MKB Bank Nyrt. által kötött Csoportos Balesetbiztosítási szerződéshez

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Lakcíme (levelezési cím!):			
Telefonszáma:		Email címe:**	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születésnévi neve:		Anyja születésnévi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:		Email címe:**	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma:		Telefonszáma:	

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Baleseti halál
- Baleseti eredetű maradandó, teljes vagy részleges egészségkárosodás
- Balesetből eredő műtétekre szóló biztosítás
- Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetére szóló biztosítás

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) Törvényes örökösök Név szerint jelölve

KEDVEZMÉNYEZETT			
Neve:			
Születésnévi neve:		Anyja születésnévi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:		Email címe:**	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma: (személyi ig./útleve/vezetői eng.)		Lakcímgazolvány száma:	

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

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2022. április 1-től

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

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-209-9007

A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok

Kérjük a nyomtatványhoz csatolja a személyes okmányait (személyi igazolvány mindkét oldalának és lakcímkártyájának a lakcímet igazoló oldalának másolatát.)

Kérjük az alábbi kérdések megválaszolását:

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy:		
1.) természetes személyként saját nevemben, (azaz saját magam nevében) járok el	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
2.) meghatalmazottként, rendelkezésre jogosultként, képviselőként más természetes személy vagy bármilyen jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet nevében járok el	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
3.) Kiemelt közszereplő vagyok, vagy az ügyfélátvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot láttam el, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok, vagy ilyen személlyel közeli kapcsolatban állok, vagy a szerződés tényleges tulajdonosa e három kategória valamelyikébe tartozik.	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Írja be a lenti kategória kódját, amennyiben igen:		
3a	az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,	
3b	az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,	
3c	a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,	
3d	a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéletábla és a Kúria tagja,	
3e	a számvetőségi és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon az Állami Számvetőségek elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,	
3f	a nagykövét, az ügyvivőt és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,	
3g	többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,	
3h	nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.	
4.) a szerződés díjfizetője azonos a személyemmel	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
5.) rendelkezem külföldi lakóhellyel	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
6.) rendelkezem külföldi állampolgársággal	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen

A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően fizessék ki az alábbi pénzügyi számlára:

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

A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően vezessék át az alábbi, CIG Pannónia életbiztosítási szerződésre:

Szerződő neve:	
Szerződésszám:	
Szerződés számlája**:	

** Rendszeres (1-es számmal kezdődő szerződésszám)/Eseti (5-ös számmal kezdődő szerződésszám)/Szabad felhasználású eseti (3-as számmal kezdődő szerződésszám)

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

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?

A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított	Törvényes örökös	Név szerint jelölt kedvezményezett
Hozzá tartozó, mégpedig: _____		

Kelt: _____ 20__ év __ hó __ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2022. április 1-től

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

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-209-9007

A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK

<p>Baleseti halál esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biztosítotti nyilatkozat • jogerős hagyatékatadó végzés vagy öröklési bizonyítvány teljes olvasható másolata • törvényes örökösök azonosító okmányainak másolata (személyi ig./útlevél/vezetői eng. és laccímekártya mindkét oldalának másolata) • halotti anyakönyvi kivonat teljes olvasható másolata • halottvizsgálati bizonyítvány teljes olvasható másolata • boncjegyzőkönyv teljes olvasható másolata • munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén) • jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén) • véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült) • balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.) • baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata) • ha történt hatósági vizsgálat (pl. rendőrség), a hatósági vizsgálat lezárásáról szóló határozat teljes olvasható másolata • Egyéb biztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a Főbiztosított és az Egyéb biztosított laccímekártyájának másolata <p><i>Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.</i></p>
<p>Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a végleges állapotot leíró orvosi szakvélemény másolata • balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.) • az utánkövetéssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata • baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum másolata (pl. jegyzőkönyv másolata) • Egyéb biztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a Főbiztosított és az Egyéb biztosított laccímekártyájának másolata
<p>Balesetből eredő műtéti térítés esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek, OMSZ jelentés stb. - amennyiben szükséges, hiteles fordítással) • baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata) • Egyéb biztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a Főbiztosított és az Egyéb biztosított laccímekártyájának másolata
<p>Baleseti eredetű csonttörés, csontrepedés esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • balesettel és a csonttöréssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek, OMSZ jelentés stb.) • baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata) • Egyéb biztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a Főbiztosított és az Egyéb biztosított laccímekártyájának másolata

Kedvezményezett nyilatkozata (ha egyben biztosított vagy a biztosított örököse) Alulírott kijelentem, hogy a jelen szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványon 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. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozóknak továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé. Jelen nyilatkozatommal felmentem az orvosi titoktartási kötelezettség alól azon személyeket, akik a biztosított egészségi adatait jogszabályi, vagy szerződéses felhatalmazás alapján kezelik, így különösen a kezelőorvost (ideértve a háziorvost és szakorvost is), szakértőt, egészségügyi szolgáltatót, vagy intézményt, egészségügyi állami szerveket, mentőszolgálatot felmentem az orvosi titoktartás alól. Egyben hozzájárulok ahhoz, hogy mindezen személyek a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban vagy egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomásukra jutott személyes adatait és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó egészségi adatait a biztosítónak és adatfeldolgozóinak további adatkezelés és feldolgozás céljából átadják. Kijelentem, hogy amennyiben a biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a biztosított törvényes képviselője, rá is kiterjed. Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

Kedvezményezett nyilatkozata (ha nem a biztosított vagy a biztosított örököse) Tudomásul veszem, hogy a biztosító teljesítéséhez a biztosítottnak vagy (a biztosított halála esetén) örökösének előző pont szerinti nyilatkozata szükséges, és kedvezményezettként kötelezettséget vállallok arra, hogy ezt a nyilatkozatot haladéktalanul beszerzem és továbbítom a biztosítónak. Adatkezelési hozzájárulás hiányában a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a kifizetendő életbiztosítási szolgáltatási összeg meghaladja a 4 500 000 Ft-ot vagy az annak megfelelő devizaösszeget, akkor a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján a kifizetésre jogosult személy azonosítása, illetve a kifizetésre jogosult által kifizetési helyként megjelölt pénzügyi számláról szóló igazolás (bankszámla szerződés/bankszámlakivonat/ bankszámla igazolás) benyújtása szükséges.

Kelt: _____ 2 | 0 | | év | | hó | | nap |

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása