

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ**  
**„BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL EREDŐ KÓRHÁZI KEZELÉS”**

**Tisztelt Ügyfelünk!**

Kérjük, töltsse ki nyomtatott betűkkel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el címünkre:

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

Mindazok az információk, amelyek a biztosítotttól tudomásunkra jutnak csak a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. kárrendezési folyamata során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához kerülnek felhasználásra. Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul.\*

**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](mailto:ugyfelszolgalat@cig.eu) e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

**Mely termékhez kapcsolódóan igényli a kórházi kezelésre szóló biztosítás szolgáltatását?**

Bank (szerződő) neve	Biztosítás típusa	Kapcsolódó banki termék azonosítója hitelszerződés száma
MKB Bank Nyrt.	<input type="checkbox"/> Jelzáloghitelhez kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás <input type="checkbox"/> Személyi kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás <input type="checkbox"/> Fogyasztási kölcsönhöz kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás <input type="checkbox"/> Hitelkártyához kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás	.....

**Kérjük, fordítson a következő oldalra!**

### A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Ön a biztosítási esemény időpontjában:  munkaviszonyban állt  vállalkozó  öregségi nyugdíjas

A kórházi tartózkodás első napja (év/hó/nap): .....

Milyen okból került kórházba?

baleset miatt  betegség miatt

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

.....  
.....

Várható-e még, hogy ugyanezen balesetből/betegségből eredően további kórházi kezelésre szorul?

igen  nem

Ha igen, várhatóan mikor? .....

Amennyiben Ön olyan biztosítási csomaggal rendelkezik, amely esetében a Biztosított saját bankszámlaszámára (is) történik a biztosítási szolgáltatás kifizetése, kérjük, adja meg az alábbi adatokat:

Biztosított bankszámlaszáma:.....-.....-.....

Számlavezető bank neve:.....

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi dokumentumokat mellékelem:

- Orvosi igazolás a kórházi kezelés tartamáról és okáról (a kórházi kezelést szükségessé tevő baleset/betegség és diagnosztikájának megnevezése és BNO kódja) **valamint a diagnózis első megállapításának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum** másolata háziorvosától vagy kezelőorvosától
- Zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata
- A baleseti, vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)

### 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.

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

### Tájékoztatás Meghatalmazott személyek részére

#### (Amennyiben a biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Meghatalmazottról a tudomásunkra jut 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](http://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 nyilatkozattal hozzájárulok ahhoz, hogy a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljárásához, 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, mint adatfeldolgozót 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 a telefonszám és az SMS szövegén kívül 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, 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, és a kockázatvállalást megszüntetheti.**

**Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:**

Dátum: .....

Igénybejelentő aláírása: .....