

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ  
„ROKKANTSÁG”**

Tisztelt Hölygem/Uram!

Kérjük, tölts ki nyomtatott betűkkel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el a következő címre: **CARDIF Biztosító Zrt., 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.**

Mindazok az információk, amelyek a biztosítottról tudomásunkra jutnak csak a CARDIF Biztosító Zrt. kárrendezési folyamata során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához kerülnek felhasználásra.

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul.\*

**A biztosított adatai**

Név: ..... Leánykori név: .....

Születési dátum: .....

Bank/szolgáltató neve: .....

Hitelszerződés/bankszámlaszerződés száma: .....

Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hó/nap): .....

**Hitel esetén kitöltendő!**

Hitel típusa:  áruhitel  hitelkártya  gépjárműhitel  jelzálog  egyéb: .....

Devizanem típusa:  deviza alapú hitel  forint alapú hitel

**A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések**

Ön a biztosítási esemény előtt:  munkaviszonyban állt  vállalkozó  öregségi nyugdíjas

Rokkantság eredete:  baleset  betegség

Rokkantság megállapításának dátuma (év/hó/nap): .....

**Betegség esetén kitöltendő!**

Írja le röviden, hogyan alakult ki a rokkantsághoz vezető betegsége, és a rokkantság megállapítása előtt ebből a betegségből kifolyólag mennyi ideig volt táppénzen! .....

.....

Hol és ki kezelte fenti betegsége miatt (kórház neve és címe, kezelőorvos neve)? .....

.....

**Baleset esetén kitöltendő!**

A baleset időpontja (év/hó/nap): .....

Írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset! .....

.....

Az Ön házi orvosának neve, címe, telefonszáma: .....

.....

**A kárigény elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által kiadott szakvélemény másolata
- A rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata
- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által rendszeresített egyéb dokumentumok másolata

\*Alulírott ..... 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.

Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. a kárrendezési eljáráshoz szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljáráshoz illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben és időpontig kezelje, feldolgozza a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a Biztosító informatikai felügyeletét végző GIE BNP Paribas CARDIF nevű cég, amely megfelel a biztosítókról és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 76-77. §-ai szerinti előírásoknak, a biztosítási jogviszonyok illetve károk nyilvántartásának működtetése céljából a Biztosító által nyilvántartott adatokhoz hozzáférjen, azokba betekintsen.

Tájékoztatjuk, hogy az Ön kérelmére a Biztosító tájékoztatást ad a személyes adatai kezeléséről, kérheti azok helyesbítését, törlését vagy zárolását, megilleti a tiltakozás, illetve a bírósági jogérvényesítés joga, valamint a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (cím:1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C) vizsgálatát is kezdeményezheti.

Nyilatkozat  
az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról

Alulírott .....jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. és orvosszakértői az egészségi állapotra vonatkozó adataimat, mint különleges adatokat a kárrendezési eljáráshoz, illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és időtartamig kezelje, feldolgozza a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név:.....  
Aláírás:.....

Az igénybejelentő neve, levelezési címe:.....  
Otthoni telefonszám: ..... Mobil telefonszám: .....

Tájékoztatjuk, hogy Önnek lehetősége van a kárrendezési eljárás során SMS formájában tájékoztatást kapni a jelen igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási szolgáltatás iránti igénye(i)vel kapcsolatos legfontosabb információkról. Tájékoztatjuk Önt, hogy **az SMS szolgáltatásunk igénybevétele díjmentes**. Tájékoztatjuk továbbá, hogy Társaságunk az SMS elküldéséhez külső szolgáltatót (továbbiakban Szolgáltató) vesz igénybe, amely Szolgáltató az SMS küldési szolgáltatás nyújtása során birtokába kerülő valamennyi adatot, közleményt, információt (pl.: telefonszám, SMS szövege), legyen az írott vagy szóbeli, függetlenül annak megjelenési formájától, bizalmasan kezeli és teljes felelősséget vállal azért, hogy az adatok, közlemények, információk nem jutnak jogosulatlan harmadik fél birtokába. A Szolgáltató a kárrendezési eljárás során Ön által rendelkezésünkre bocsátott személyes adatokhoz nem fér hozzá.

Tájékoztatjuk Önt továbbá, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön az esetleges telefonszám-változásának tényét és az új mobil telefonszámát köteles írásban bejelenteni Társaságunkhoz még a változás bekövetkeztét megelőzően. A bejelentés elmulasztásából eredő következményekért Társaságunk a felelősséget nem vállalja.

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.

Amennyiben a fenti tájékoztatás megismerését követően Ön szeretne SMS formájában tájékoztatást kapni a fent megadott mobil telefonszámra az ezen az igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási igényével/igényeivel kapcsolatos legfontosabb információkról, kérjük erre vonatkozó jóváhagyását itt jelölje:  (Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi szabályokat megismerte és elfogadta.)

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