

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
„OKMÁNYOK PÓTLÁSA”

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, töltsse ki nyomtatott betűkkel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el 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 a szolgáltatási igénybejelentő hátoldalán szürkével megjelölt és vastagon keretezett mezőre – Meghatalmazottként történő eljárás esetén két szürke mezőre -, mert ha ezt/ezeket nem írja alá, nem tudjuk megkezdeni a kárigény elbírálását.

A Biztosított adatai

Név: Leánykori név:
Születési dátum:

A Biztosított biztosításhoz kapcsolódó banki termékére vonatkozó adatok

Hitelkártya szerződés száma / Bankszámlaszám:
Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hónap/nap):

A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Biztosítási esemény fajtája: elvesztés betöréses lopás rablás
Biztosítási esemény helye, időpontja (év/hó/nap):
Írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a biztosítási esemény:
.....

Kérjük, jelölje meg az elveszett / jogtalanul eltulajdonított okmányokat!

| Okmány megnevezése: | Okmány száma: | Kinek a részére állították ki? |
|--|---------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> személyi igazolvány | | |
| <input type="checkbox"/> lakcímet és személyi azonosítót igazoló hatósági igazolvány | | |
| <input type="checkbox"/> útleveél | | |
| <input type="checkbox"/> vezetői engedély | | |
| <input type="checkbox"/> gépjármű forgalmi engedély | | |

Bejelentésre, feljelentésre, letiltásra vonatkozó kérdések

Kártya elvesztés / jogtalan eltulajdonítás írásbeli bejelentése a Bank részére (év/hó/nap):
Kártya letiltásának időpontja (év/hó/nap):
Rendőrségi bejelentés / feljelentés időpontja (év/hó/nap):

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

- a fenti típusú hitelkártyák elvesztéséről vagy jogtalan eltulajdonításáról szóló, a Bank részére adott írásbeli bejelentés, valamint a letiltási kérelem másolata

A fedezett okmányok elvesztése esetén:

- a biztosítási esemény bekövetkezésének helyét, idejét és leírását, valamint a jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok felsorolását tartalmazó eredeti rendőrségi bejelentés vagy jegyzőkönyv

A fedezett okmányok jogtalan eltulajdonítása esetén:

- a biztosítási esemény bekövetkezésének helyét, idejét és leírását, az erőszakos behatolás során bekövetkezett a Biztosítottal szemben alkalmazott erőszak esetén a Biztosított által elszenvedett sérülések, valamint a jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok felsorolását tartalmazó eredeti rendőrségi feljelentés vagy jegyzőkönyv

Kérjük, fordítson a következő oldalra!

- az elvesztett vagy jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok pótlása során felmerült költségeket igazoló eredeti számlák
- a pótoltt fedezett okmányok másolata

A biztosítási szolgáltatás teljesítését az alábbi bankszámlaszámra kérem:

Számlaszám:--
Számlatulajdonos neve:

Az igénybejelentő (Biztosított/Meghatalmazott) neve, levelezési címe:.....
Otthoni telefonszám:..... Mobil telefonszám:

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!

Tájékoztató 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 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 foglalat 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 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:

Tájékoztató 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: