

Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány csoportos élet- és balesetbiztosításhoz

SZERZŐDŐ

Név:	Szerződésszám:
------	----------------

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

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

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születésnéve:		Anyja születésnéve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele**		Email címe*:	
Állandó lakcíme:			

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés	<input type="checkbox"/> Kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Haláleset (betegségi)	<input type="checkbox"/> Égési sérülés	<input type="checkbox"/> Rokkantság
<input type="checkbox"/> Csonttörés, 28 napon túl gyógyuló sérülés	<input type="checkbox"/> Műtėti térítés	<input type="checkbox"/> Haláleset (baleseti)	<input type="checkbox"/> Egyéb: _____	
Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:				

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!)	<input type="checkbox"/> Örökös(ök)	<input type="checkbox"/> Név szerint jelölve	
KEDVEZMÉNYEZETT			
Neve:			
Születésnévi neve:		Anyja születésnévi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele**		Email címe*:	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma** (személyi ig./útlevél/vezetői eng.)		Lakcímgazolvány száma**	

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

**Csak haláleseti szolgáltatásra vonatkozó igénybejelentés esetén szükséges megadni.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok

Kérjük a nyomtatványhoz csatolja a személyes okmányait (személyi igazolvány mindkét oldalának és lakcímkártyájának a lakcímet igazoló oldalának) másolatát.) Abban az esetben, ha a szerződő jogi személy, vagy jogi személyiség nélküli szervezet, az Azonosítási adatlap kitöltése és csatolása kötelező, kérjük, hogy a tényleges szerződőre / díjfizető személyére / és a tényleges tulajdonos személyére az Azonosítási adatlapot kitölteni szíveskedjék, és azt mellékelje az ajánlati csomaghoz. Céggelvonattal, Aláírási címpéldánnyal/Aláírási mintával, valamint a személyes okmányok fénymásolatával együtt mellékelje a kérelemhez.

Természetes személy kedvezményezett esetén 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 személyi 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 ítélőtábla és a Kúria tagja,	
3e	a számvetősök és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvetősök elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,	
3f	a nagykövet, az ügyvivő 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 főnökeinek 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

<input type="checkbox"/> 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):		
<input type="checkbox"/> A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően vezessék át az alábbi, CIG Pannónia életbiztosítási szerződésre:		
Szerződő neve:		
Szerződésszám:		
Szerződés számlája**:		

*A meghatalmazást mellékelendő. A meghatalmazás tartalmi és formai követelményeit tartalmazó minta a <https://www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok> oldalon érhető el.

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

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

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?				A megfelelőt kérjük jelölje!
<input type="checkbox"/> Biztosított	<input type="checkbox"/> Szerződő	<input type="checkbox"/> Törvényes örökös	<input type="checkbox"/> Név szerint jelölt kedvezményezett	
<input type="checkbox"/> Hozzá tartozó, mégpedig: _____				

Kelt: _____ 20__ év __ hó __ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK

CSATOLANDÓ DOKUMENTUM MEGNEVEZÉSE		Életbenléti szolgáltatás esetén	NEM baleseti halál esetén	Baleseti halál esetén
Eredetiben	Másolatban			
Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány		X	X	X
Kedvezményezett jelölő nyilatkozat*		-	X	X
	Halotti anyakönyvi kivonat	-	X	X
	Halottvizsgálati bizonyítvány	-	X	X
	Boncjegyzőkönyv	-	X	X
	Kórházi zárójelentések a biztosítási eseményt megelőző 5 évre visszamenően	-	X	-
	Háziorvosi betegkarton a biztosítási eseményt megelőző 5 évre visszamenően	-	X	-
	Jogerős hagyatékátadó végzés/ öröklési bizonyítvány***	-	X	X
	Jogerős rendőrségi határozat	-	-	X
	Jogositvány, forgalmi engedély**	X	-	X
A szolgáltatási igényre vonatkozó kórházi zárójelentések, laborvizsgálatok (vér, vizelet, stb.), képalkotó (Rtg., CT, MR) és egyéb diagnosztikai vizsgálatok eredménye		X	-	-

*amennyiben szerződéskötéskor, illetve a biztosítási eseményt megelőzően a biztosított jelölt meg név szerinti kedvezményezette(ke)t

**amennyiben a biztosított vezetett

***amennyiben halál esetére nincs név szerint megjelölt kedvezményezett

Tájékoztató! Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki Társaságunk a szolgáltatás összegét a gyámhatóság rendelkezésének megfelelően. Amennyiben rendelkezik a gyámhatóság jogerős határozatával, úgy kérjük annak másolatát a bejelentő nyomtatvánnyal egy időben küldje meg részünkre. Ha a szükséges határozattal nem rendelkezik, úgy azt Társaságunk megkéri a gyámhivataltól.

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 az egészségügyi és 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. Tudomásul veszem, hogy a biztosító a biztosított egészségügyi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. Jelen igénybejelentő aláírásával egyrészt felhatalmazom a Biztosítót egészségügyi adataim beszerzésére, másrészt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 25.§ (2) bekezdése alapján felmentem az orvosi titoktartás alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek. 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 adataimat 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.

Kelt: _____ 20 _____ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása