

Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosításhoz A Magyar Posta Zrt. munkavállalói részére

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:			
Állandó lakcíme:			
		Email címe*:	

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Bármely okú halál	<input type="checkbox"/> Baleseti halál	<input type="checkbox"/> Baleseti rokkantság	<input type="checkbox"/> Baleseti kórházi napi térítés	<input type="checkbox"/> Csonttörés
<input type="checkbox"/> Baleseti műtéti térítés	<input type="checkbox"/> Baleseti eredetű keresőképtelenség, napi térítés		<input type="checkbox"/> Egyéb: _____	
Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:				

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

<input type="checkbox"/> Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!)	<input type="checkbox"/> Törvényes örökösök	<input type="checkbox"/> Név szerint jelölve
KEDVEZMÉNYEZETT		
Neve:		
Születésnévi neve:		Anyja születésnévi neve:
Születési helye, ideje:		
Adóazonosító jele:		
Állandó lakcíme:		
Azonosító okmány száma: (személyi igazolvány/vezetői engedély)		Lakcímgazdálkodás száma:

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

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2022. január 1 -től

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

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021

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. Cégekivonattal, Alírási címpéldánnyal/Alírási 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 számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék 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 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

<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**:		

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

Érvényes: 2022. január 1-től

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

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021

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
	Munkáltatói igazolás	X	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 titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget válllok 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 egészségi 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 szolgáltatson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a kamarai tagsági számnak (tagsági azonosítónak), a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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: _____ 20 | év | hó | nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2022. január 1-től

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

Ügyfélszolgálat:

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

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021