

**ÉLETBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ****Tisztelt Ügyfelünk!**

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre.

**CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. | Kárrendezési Igazgatóság**

**Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf.: 325.**

**E-mail: [csportoskar@cig.eu](mailto:csportoskar@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.

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, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt!

**Igénybejelentő személyes adatai:**

Név:.....	Levelezési cím:..... .....
Otthoni telefonszám:..... Mobil telefonszám:.....	<input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag ügyintézés céljából történő felhasználásához.* e-mail:.....

**\*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. Tájékoztatjuk, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

**A Biztosított személyes adatai:**

Név: .....
Születési név:..... (amennyiben különbözik a halotti anyakönyvi kivonatban szereplő névtől)
Születési dátum:.....

**Mely termékhez kapcsolódóan igényli a halál esetére szóló biztosítás szolgáltatását?**

Bank (szerződő) neve	Biztosítás típusa	Kapcsolódó banki termék azonosítója hitelszerződés száma
MBH 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 <input type="checkbox"/> Gépjármű finanszírozási szerződésekhez kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás	.....



**CIG PANNÓNIA**

BIZTOSÍTÓ

Az MBH Bank biztosítási partnere

**A Biztosított elhalálozásának időpontja** (év/hó/nap): .....

**A halál oka**  baleset /  betegség volt.

**Amennyiben a Biztosított elhalálozásának oka baleset volt**, kérjük, adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap): .....,

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Kárigénye elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- A mellékelt meghatalmazás, valamint nyilatkozat kitöltött, eredeti példánya.
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata az önkormányzattól vagy az anyakönyvi hivataltól.
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata háziorvostól vagy kórháztól, attól függően, hogy hol következett be a haláleset.
- Amennyiben készült, boncolási jegyzőkönyv másolata, amelyet kérésre a kórház vagy a hatóság ad ki.
- Amennyiben a halál oka betegség, a halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a háziorvostól, vagy a kórháztól (pl. háziorvosi karton, kezelésekről szóló zárójelentések, stb.).
- Amennyiben a halál oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata a hatóságtól vagy munkahelyi baleset esetén a munkahelytől.
- Amennyiben hatósági eljárás történt, rendőrségi jegyzőkönyv vagy egyéb hivatalos jegyzőkönyv másolata.
- Amennyiben külföldön következett be a haláleset, a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása.

Abban az esetben, ha az Általános és Különös Biztosítási Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, kérjük, hogy a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

Számlaszám: \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Számlatulajdonos neve:.....

**Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok**

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 a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szervezet, 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.

**Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a [www.cigpannonia.hu/adatvedelem](http://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.**

**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

érvényes: 2023. december 1-től



**CIG PANNÓNIA**

BIZTOSÍTÓ

Az MBH Bank biztosítási partnere

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.

A fenti tájékoztatás, valamint a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatás biztosítási feltételekben vagy a [www.cigpannonia.hu/adatvedelem](http://www.cigpannonia.hu/adatvedelem) oldalon való megismerését követően, kérem a fent megadott telefonszámon az igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási igénnyel kapcsolatos legfontosabb információkról való tájékoztatást.

**Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:**

Dátum:.....

Igénybejelentő aláírása: .....