

**CIG PANNÓNIA**

BIZTOSÍTÓ

Az MBH Bank biztosítási partnere

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
BALESETBŐL VAGY BETEGSÉGBŐL EREDŐ KÓRHÁZI KEZELÉS****Tisztelt Ügyfelünk!**

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

CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. | Kárrendezési Igazgatóság**Levelezési cím: 1476 Budapest, Pf.: 325****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. 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!

A Biztosított személyes adatai:

Név:.....	Születési név:..... Ezt csak akkor töltsse ki, ha különbözik a jelenlegi nevétől
Születési dátum:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni tel.:..... Mobil tel.:.....	e-mail:..... <input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához.*

Meghatalmazott személyes adatai (amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el):

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

***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 e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton. Tájékoztatjuk, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

Mely termékhez kapcsolódóan igényli a kórházi kezelésre szóló biztosítás szolgáltatását?

Bank (szerződő) neve	Biztosítás típusa	Kapcsolódó banki termék azonosítója hitelszerződés száma / bankszámlaszám
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



Biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Ön a biztosítási esemény időpontjában munkaviszonyban állt vállalkozó öregségi nyugdíjas

Kórházi tartózkodás első napja (év/hónap/nap):.....

Milyen okból került kórházba?

baleset miatt betegség miatt

Amennyiben baleset miatt vált keresőképtelenné, kérjük, adja meg a baleset pontos dátumát

(év/hó/nap):, és írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

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

Várható-e még, hogy ugyanezen balesetből/betegségből eredően további kórházi kezelésre szorul?

igen nem

Ha igen, várhatóan mikor?

Amennyiben Ön olyan biztosítási csomaggal rendelkezik, amely esetében a Biztosított saját bankszámlaszámára (is) történik a biztosítási szolgáltatás kifizetése, kérjük, adja meg az alábbi adatokat:

Számlatulajdonos neve:

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

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi dokumentumokat mellékelem:

- orvosi igazolás a kórházi kezelés tartamáról és okáról (a kórházi kezelést szükségessé tevő baleset/betegség és diagnosizának megnevezése és BNO kódja) valamint **a diagnózis első megállapításának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum** másolata háziorvosától vagy kezelőorvosától;
- zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata;
- a baleseti, vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült).

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Biztosított nyilatkozata

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 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.**

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.



CIG PANNÓNIA

BIZTOSÍTÓ

Az MBH Bank biztosítási partnere

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.

dátum: 20.....

aláírás:

Amennyiben nem a Biztosított az igénybejelentő, akkor kérjük a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatoltan legyen szíves megküldeni meghatalmazását!

Meghatalmazott nyilatkozata (amennyiben a Biztosított helyett meghatalmazott jár el)

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. 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 egészségi állapotára vonatkozó adatokat kizárólag a Biztosított vagy törvényes képviselője hozzájárulása alapján jogosult kezelni.

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.

Meghatalmazott

Dátum: 20.....

aláírás:

Tájékoztatás SMS szolgáltatásról

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.

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

Dátum:.....

Igénybejelentő aláírása:.....