

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ  
MUNKANÉLKÜLISÉG ESETÉRE****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](mailto: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.:.....	e-mail:..... <input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos ügyintézés céljából történő felhasználásához.*
Mobil tel.:.....	

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

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

**\*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.

**Mely termékhez kapcsolódóan igényli a munkanélküliségre 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"/> Jövedelembiztosítás <input type="checkbox"/> Gépjármű finanszírozási szerződésekre kapcsolódó hitelfedezeti biztosítás	.....



**CIG PANNÓNIA**

BIZTOSÍTÓ

Az MBH Bank biztosítási partnere

**A munkanélküliség előtt Ön munkavállaló, vállalkozó vagy nyugdíjas volt?**

munkavállaló

vállalkozó

nyugdíjas

**Mikor regisztrált a Munkaügyi Központban?**

Dátum (év/hó/nap): .....

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

- munkaügyi Központ által kiállított **Hatósági Bizonyítvány** (arról, hogy 30 napot meghaladóan regisztrált álláskereső);
- megszűnt munkaviszonyához kapcsolódó **munkaszerződésének másolata**;
- **munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat** (felmondólevél vagy közös megegyezésről szóló megállapodás) másolata
- országos Egészségbiztosítási Pénztár által - A biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló igazolványának másolata (**OEP kiskönyv**, nem a TAJ kártya).

**Ha Ön olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános és Különös Biztosítási Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, szíveskedjen megadni a fentiekben kívül annak a bankszámlájának a számát is, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:**

Számlatulajdonos neve: .....

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

**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 szervezetet, 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 szervezetet 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.**

**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.**

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](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.**

**Meghatalmazott**

Dátum: 20.....

alíírás: .....

**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 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.

Dátum:.....

Igénybejelentő aláírása:.....