

## SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ OKMÁNYOK PÓTLÁSA

### Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, töltsse ki nyomtatott betűvel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el címünkre:

**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.

**Felhívjuk figyelmét**, hogy amennyiben az igénybejelentő nyomtatványt nem írja alá, úgy hiánypótlás céljából visszaküldjük Önnek, és a kárügyintézését csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

### Biztosított adatai

Név: ..... Leánykori név: .....

Születési dátum (éééé/hh/nn):.....E-mail cím\*:.....

\* **Hozzájárulok**, hogy a Biztosító a szolgáltatás elbírálásával kapcsolatosan a **tájékoztatást** az igénybejelentőn megadott **e-mail címre továbbítsa**. Tudomásul veszem, hogy hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül jogosult vagyok visszavonni, mely az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

Dátum: 20... ..... aláírás: .....

### Biztosított biztosításhoz kapcsolódó banki termékére vonatkozó adatok

Hitelkártya szerződés száma / Bankszámlaszám:.....

Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hónap/nap): .....

### Biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Biztosítási esemény fajtája:  elvesztés  betöréses lopás  rablás

Biztosítási esemény helye, időpontja (év/hó/nap): .....

Írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a biztosítási esemény: .....

.....  
.....

### Kérjük, jelölje meg az elveszett / jogtalanul eltulajdonított okmányokat!

Okmány megnevezése: Okmány száma: Kinek a részére állították ki?

személyi igazolvány ..... .....

lakcímet/személyi azonosítót ig. hat.igaz. .... .....

útlevel ..... .....

vezetői engedély ..... .....

gépjármű forgalmi engedély ..... .....

### Bejelentésre, feljelentésre, letiltásra vonatkozó kérdések

Kártya elvesztés / jogtalan eltulajdonítás írásbeli bejelentése a Bank részére (év/hó/nap): .....

Kártya letiltásának időpontja (év/hó/nap): .....

Rendőrségi bejelentés / feljelentés időpontja (év/hó/nap): .....

### A kárigény elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

#### Minden esetben:

- a fenti típusú hitelkártyák elvesztéséről vagy jogtalan eltulajdonításáról szóló, a Bank részére adott írásbeli bejelentés, valamint a letiltási kérelem másolata.

#### Fedezett okmányok elvesztése esetén:

- a biztosítási esemény bekövetkezésének helyét, idejét és leírását, valamint a jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok felsorolását tartalmazó eredeti rendőrségi bejelentés vagy jegyzőkönyv.

#### Fedezett okmányok jogtalan eltulajdonítása esetén:

- a biztosítási esemény bekövetkezésének helyét, idejét és leírását, az erőszakos behatolás során bekövetkezett a Biztosítóval szemben alkalmazott erőszak esetén a Biztosított által elszenvedett sérülések, valamint a jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok felsorolását tartalmazó eredeti rendőrségi feljelentés vagy jegyzőkönyv;
- az elvesztett vagy jogtalanul eltulajdonított fedezett okmányok pótlása során felmerült költségeket igazoló eredeti számlák;
- a pótolta fedezett okmányok másolata.

A biztosítási szolgáltatás teljesítését az alábbi bankszámlaszámra kérem:

Számlatulajdonos neve: .....

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

Az igénybejelentő (Biztosított/Meghatalmazott) neve, levelezési címe: .....

Otthoni telefonszám:..... Mobil telefonszám: .....

## 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 szervezet, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben 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 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.

### Biztosított

dátum: 20.....

aláírás: .....

**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..... ..

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](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: .....