

## SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ „ÁRUVÉDELEM”

### Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, töltsse ki nyomtatott betűkkel 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.

### A biztosított adatai

Név: ..... Leánykori név: .....

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

### A hitelre vonatkozó adatok

Hitelkártya szerződés száma: .....

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

### A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Biztosítási esemény fajtája:

károsodás     megsemmisülés     lopás     rablás     elvesztés

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

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

.....

.....

### A fogyasztási cikkekre vonatkozó kérdések

A fogyasztási cikk neve, típusa: ..... A fogyasztási cikk vételára: .....

A vásárlás helye: ..... A vásárlás időpontja: .....

A fogyasztási cikk több darabból álló készlet részét képezi?     igen     nem

Készlet megnevezése: .....

\* **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: .....

A fogyasztási cikk páros termék?  igen  nem

Páros termék megnevezése: .....

A fogyasztási cikk megrongálódása esetén a sérülés vagy károsodás gazdaságosan javítható?

igen  nem

Vonatkozik-e a fogyasztási cikkre más biztosítás is? (pl. lakásbiztosítás, vagyonbiztosítás, stb.)

igen  nem

Bejelentett-e kárt más biztosítónál?  igen  nem

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

**Minden esetben:**

- a biztosítási esemény bekövetkezése körülményeinek pontos leírása
- a fogyasztási cikk vételárát igazoló eredeti számla, vagy bizonylat
- a hitelkártyával történt vásárlást igazoló bizonylat

**A fogyasztási cikk károsodása vagy megsemmisülése esetén a fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- *ha a bekövetkezett károsodás gazdaságosan javítható*, akkor a gyártó által garanciális javítás végzésére felhatalmazott szolgáltató által kiállított javítási számla másolata, de legalább az ilyen szolgáltató által a javításra vonatkozóan adott árajánlat másolata
- *ha a bekövetkezett károsodás gazdaságosan nem javítható*, akkor (i) a gyártó által garanciális javítás végzésére felhatalmazott szolgáltató által kiállított írásbeli vélemény arról, hogy a javítás nem gazdaságos, valamint (ii) a sérült vagy károsodott fogyasztási cikk(ek)et ábrázoló fénykép (kivéve, ha a bekövetkezett károsodás vagy sérülés fényképen nem ábrázolható)

**Lopás esetén a fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- az esetleges betörés esetén a tényét igazoló dokumentumok, pl. a zár cseréjének vagy javításának számlája, vagy a lakásbiztosítási szerződés alapján tett kárbejelentés másolata
- a biztosított által tett rendőrségi feljelentés és a nyomozást megszüntető határozat egy-egy másolati példánya

**Rablás esetén a fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

- orvosi igazolás, vagy szemtanúk nyilatkozata a biztosított által elszenvedett rablásról
- a biztosított által tett rendőrségi feljelentés és a nyomozást megszüntető határozat egy-egy másolati példánya

A biztosítási szolgáltatás teljesítését az alábbi bankszámlaszámra kérem:

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

Számlatulajdonos neve: .....

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 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.

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: .....

Az igénybejelentő (Biztosított/Meghatalmazott)\*\* neve:.....

Levelezési címe: .....

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

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 felfüggesse 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 (Biztosított/Meghatalmazott)\*\* aláírása: .....

\*\*Amennyiben meghatalmazott jár el, a meghatalmazást mellékelendő. A meghatalmazás érvényességéhez két tanú feltüntetése (név, cím, aláírás) is szükséges. A meghatalmazás tartalmi és formai követelményeit tartalmazó meghatalmazás minta a <https://www.cigpannonia.hu/ugyfeleinknek/dokumentumok> oldalon érhető el.