



Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány

Az MBH Bank Nyrt. által kötött Csoportos Életbiztosítási szerződéshez

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Lakcíme (levelezési cím!):			
Telefonszáma:		Email címe:**	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születésnapi neve:		Anyja születésnapi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele*:		Email címe:**	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma:		Telefonszáma:	

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Haláleset
 Teljes rokkantságra szóló összegű térítés
 Kritikus betegségek

KEDVEZMÉNYEZETT (Csak haláleseti szolgáltatási igény esetén kitöltendő)

A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) Örökösök Név szerint jelölve

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve:			
Születésnapi neve:		Anyja születésnapi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:		Email címe:**	
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma: (személyi ig./útleve/vezetői eng.)		Lakcímgazolvány száma:	

*Csak haláleseti szolgáltatási igény esetén.

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

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2023. december 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a három oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325
e-mail: mkb@cig.eutelefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-209-9007

**A kedvezményezett azonosításával kapcsolatos nyilatkozatok**

Kérjük a nyomtatványhoz csatolja a személyes okmányait (személyi igazolvány mindkét oldalának és lakcímkártyájának a lakcímet igazoló oldalának másolatát.)

Kérjük az alábbi kérdések megválaszolását:

Alulírott kedvezményezett kijelentem, hogy:		
1.) természetes személyként saját nevemben, (azaz saját magam nevében) járok el	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
2.) meghatalmazottként, rendelkezésre jogosultként, képviselőként más természetes személy vagy bármilyen jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet nevében járok el*	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
3.) Kiemelt közszereplő vagyok, vagy az ügyfélátvilágítási intézkedések elvégzését megelőző egy éven belül fontos közfeladatot láttam el, vagy ilyen személy közeli hozzátartozója vagyok, vagy ilyen személlyel közeli kapcsolatban állok, vagy a szerződés tényleges tulajdonosa e három kategória valamelyikébe tartozik.	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Írja be a lenti kategória kódját, amennyiben igen:		
3a	az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,	
3b	az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,	
3c	a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,	
3d	a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítélőtábla és a Kúria tagja,	
3e	a számvetőségi és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvetőségek elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,	
3f	a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,	
3g	többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,	
3h	nemzetközi szervezet vezetője, vezető helyettese, vezető testületének tagja, vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.	
4.) a szerződés díjfizetője azonos a személyemmel	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
5.) rendelkezem külföldi lakóhellyel	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
6.) rendelkezem külföldi állampolgársággal	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen

 A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően fizessék ki az alábbi pénzügyi számlára:

Számlavezető bank neve:			
Számlatulajdonos neve:			
Forintos bankszámlaszám:			
Eurós bankszámlaszám (IBAN kód - bankszámlaszám):			
SWIFT kód (Eurós bankszámla esetén):			

 A biztosítási összeget kérem a fentieknek megfelelően vezessék át az alábbi, CIG Pannónia életbiztosítási szerződésre:

Szerződő neve:			
Szerződésszám:			
Szerződés számlája**:			

*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.

**Rendszeres (1-es számmal kezdődő szerződésszám)/Eseti (5-ös számmal kezdődő szerződésszám)/Szabad felhasználású eseti (3-as számmal kezdődő szerződésszám)

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. felé jelen nyilatkozatban bejelentett adatok a valóságnak megfelelnek, valamint nyilatkozom, hogy a biztosítási szerződésre vonatkozó Általános és Különös Feltételeket megismertem és elfogadtam. Tudomásul veszem, hogy amennyiben tőlem eltérő személy bankszámlájára/életbiztosítási szerződésére kérem a biztosítási összeg utalását, akkor az összeg feletti rendelkezési jogomat visszavonhatatlanul elvesztem.

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?

A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított	Örökös	Név szerint jelölt kedvezményezett
Hozzá tartozó, mégpedig: _____		

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2023. december 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a három oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325

e-mail: mkb@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200

telefax: +36-1-209-9007

**A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK**

<p>Halál esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biztosított nyilatkozat • jogerős hagyatékatadó végzés vagy öröklési bizonyítvány teljes olvasható másolata • örökösök azonosító okmányainak másolata (személyi ig./útlevel/vezetői eng. és laccímkártya laccímet igazoló oldalának másolata) • halotti anyakönyvi kivonat teljes olvasható másolata • halottvizsgálati bizonyítvány teljes olvasható másolata • boncjegyzőkönyv teljes olvasható másolata • munkahelyi baleseti jegyzőkönyv (munkahelyi baleset esetén) • jogosítvány, forgalmi engedély (gépjárművezetés közben bekövetkezett baleset esetén) • véralkohol vizsgálat, drogteszt (amennyiben készült) • balesettel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (a baleset utáni első orvosi vizsgálat eredménye, zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, OMSZ jelentés stb.) • baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata) • ha történt hatósági vizsgálat (pl. rendőrség), a hatósági vizsgálat lezárásáról szóló határozat teljes olvasható másolata <p><i>Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.</i></p>
<p>Teljes rokkantság esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a munkaképesség csökkenésének megállapítására szerv által kiadott és a hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata • kórházi zárójelentés másolata • az első ellátástól a szolgáltatási igény benyújtásáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum teljes olvasható másolata • orvosi nyilatkozat(ok)
<p>Kritikus betegségek esetén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a speciális feltételekben az adott betegség esetén meghatározott dokumentumok

Kedvezményezett nyilatkozata (ha egyben Biztosított) 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. Hozzájárulok, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig.** Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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 kapcsolatban 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.

Kijelentem, hogy amennyiben a Biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a Biztosított törvényes képviselője által tett nyilatkozat, a kiskorú Biztosítottra is kiterjed.

Kedvezményezett nyilatkozata (ha nem a Biztosított) 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 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. **Hozzájárulok**, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

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.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a kifizetendő életbiztosítási szolgáltatási összeg meghaladja a 4 500 000 Ft-ot vagy az annak megfelelő devizaösszeget, akkor a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján a kifizetésre jogosult személy azonosítása, illetve a kifizetésre jogosult által kifizetési helyként megjelölt pénzügyi számláról szóló igazolás (bankszámla szerződés/bankszámlakivonat/ bankszámla igazolás) benyújtása szükséges.

Kelt: _____ 20 | 0 | év | | hó | | nap |

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása