

Szerződésszám:	
----------------	--

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:	
Lakcíme (levelezési cím!):	
Telefonszáma:	E-mail címe:*

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:	
Biztosított születés kori neve:	Anyja születés kori neve:
Születési helye, ideje:	
Állandó lakcíme:	
Telefonszáma:	E-mail címe:*

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje! (Többet is bejelölhet.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baleseti halál | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs támogatás |
| <input type="checkbox"/> Közlekedési baleseti halál | <input type="checkbox"/> CO-mérgezés következtében szükségessé váló kórházi kezelés |
| <input type="checkbox"/> Vízbefulladás | <input type="checkbox"/> CO-mérgezés miatt bekövetkező halál |
| <input type="checkbox"/> Baleseti maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Speciális balesetek (szúrt, vágott sérülés, áramütés) |
| <input type="checkbox"/> Közlekedési baleseti maradandó egészségkárosodás | <input type="checkbox"/> Baleset miatti iskolai hiányzás |
| <input type="checkbox"/> Baleseti okú műtéti térítés | <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó látogatási költségének térítése |
| <input type="checkbox"/> Baleseti okú kórházi napi térítés | <input type="checkbox"/> Rendkívüli hazautaztatás költsége (belföldön) |
| <input type="checkbox"/> Csonttörés | <input type="checkbox"/> Kutyaharapás |
| <input type="checkbox"/> Égési sérülés | <input type="checkbox"/> Szemüvegpótlás |
| <input type="checkbox"/> Kullancs okozta bénulás | <input type="checkbox"/> Mobiltelefon, laptop, tablet pótlás |
| <input type="checkbox"/> Baleseti költségtérítés | <input type="checkbox"/> Anafilaxiás sokk (rovarcsípés okozta) |

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) Örökös Név szerint jelölve

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve:	
Születés kori neve:	Anyja születés kori neve:
Születési helye, ideje:	
E-mail címe:*	
Állandó lakcíme:	

* 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: 2024. március 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 4 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 4 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21

<input type="checkbox"/> A biztosítási összeget kérem fizessék ki az alábbi pénzügyi számlára:	
Számlavezető bank neve:	
Számlatulajdonos neve:	
Forintos bankszámlaszám:	
Eurós bankszámlaszám (IBAN kód - bankszámlaszám):	
SWIFT kód (Eurós bankszámla esetén):	
<input type="checkbox"/> A biztosítási összeget kérem vezessék át az alábbi, CIG Pannónia életbiztosítási szerződésre:	
Szerződő neve:	
Szerződésszám:	
Szerződés számlája**:	

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

Alulírott, , 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!
<input type="checkbox"/> Biztosított		
<input type="checkbox"/> Szerződő		
<input type="checkbox"/> Név szerint jelölt kedvezményezett		
<input type="checkbox"/> Örökös		
<input type="checkbox"/> Hozzá tartozó, mégpedig:	<input type="text"/>	

Kelt: _____

20 | | év | | hó | | nap

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. március 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 4 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 4 oldal megléte esetén értékelhető!**Ügyfélszolgálat:****levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.**
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu**telefon: +36-1-5-100-200**
telefax: +36-1-247-20-21



A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY ELBÍRÁLÁSÁHOZ A KÖVETKEZŐ IRATOK MÁSOLATÁT KÉRJÜK

1. Baleseti halál esetén:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- baleseti / munkahelyi baleseti / rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar nyelvű fordítása,
- boncolási jegyzőkönyv másolata, szükség esetén (előzményvizsgálat esetében, amennyiben a halottvizsgálati bizonyítványon jelezték, hogy készült),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; ambuláns lap; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg),
- a kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges),
- kiskorú örökös, kedvezményezett esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitására, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges).

Kiskorú kedvezményezett esetében gyámhatósági nyilatkozat szükséges a törvényes képviselő személyének megállapításához. A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

2. Közlekedési baleseti halál esetén (Az 1. pontban leírt iratok mellett benyújtandó):

- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogositvány és a forgalmi engedély másolata.

3. Balesetbiztosítás életbenléti szolgáltatás esetén

- baleseti/munkahelyi baleseti/rendőrségi jegyzőkönyv másolata (ha készült),
- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentés időpontjáig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum (első orvosi ellátás dokumentuma; kezelések, vizsgálatok iratai – röntgen lelet; MRI vizsgálat eredménye; CT vizsgálat eredménye; szövettani vizsgálat eredménye, ha bármely szövet, szerv, szervrészlet eltávolításra került a műtét során), kórházi zárójelentések másolata, mely tartalmazza az elvégzett műtét WHO kódját,
- baleset körülményeit leíró hivatalos dokumentum (pl. jegyzőkönyv másolata),
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a kéresemény háttérében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismertetének pontos időpontjával, ambuláns lap, orvosi dokumentumok másolata,
- igazolvány sportolói tagságról (ha szükséges),
- sportmérkőzésen, edzésen történt balesetről készült jegyzőkönyv másolata (ha szükséges),
- véralkohol vizsgálati eredmény, drogteszt (ha készült),
- kórházi zárójelentés, illetve ambuláns lap, amennyiben az égési sérülés következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésben, illetve járóbeteg-ellátásban részesült (ha szükséges).

4. Baleseti műtéti térítés esetén:

- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

5. Baleseti kórházi napi térítés esetén:

- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

6. Baleseti égési sérülés esetén:

- az égési sérüléssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

7. Baleseti csonttörés, csontrepedés esetén:

- a csonttöréssel kapcsolatos összes orvosi dokumentum teljes olvasható másolata (zárójelentések, ambulánslapok, vizsgálati leletek, képalkotó leletek),
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

8. Baleseti költségtérítés esetén:

- a kifizetéseket igazoló, a biztosított nevére szóló eredeti számlák,
- balesetet igazoló valamennyi dokumentáció, (baleseti jegyzőkönyv, vizsgálati eredmények, közlekedési baleset esetén rendőrségi határozat),
- amennyiben a biztosított jármű vezetőként sérült, hatósági igazolás, a véralkohol vizsgálati eredményéről, hogy érvényes gépjármű vezetői engedéllyel-, és a gépjármű érvényes forgalmi engedéllyel rendelkezett,
- társbiztosítottra vonatkozó bejelentés esetén a biztosított és a társbiztosított laccímekártyája laccímet igazoló oldalának másolata.

9. Kullancs okozta bénulás esetén

Kullancscsípés következtében kialakuló Lyme-kór esetén a szerológiai vizsgálat eredménye, valamint a Lyme-kór kimutatását célzó szerológiai vizsgálat elrendelését tartalmazó orvosi dokumentum.

10. Közlekedési baleseti esetén:

- közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolata,
- gépjármű vezetése során bekövetkezett biztosítási esemény esetén a jogositvány és a forgalmi engedély másolata.

11. Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén:

- Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének másolata,
- munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata.

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 hozzánk 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 egészségügyi 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 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.

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 hozzánk 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.

Kelt: _____

2	0			év				hó			nap
---	---	--	--	----	--	--	--	----	--	--	-----

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. március 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 4 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 4 oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eutelefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-20-21