

Szerződészsám: 1 6 0 1 0 0 5 7 1 7

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

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

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve: _____ Állampolgárság: _____
Biztosított születés kori neve: _____ Anyja születés kori neve: _____
Születési helye, ideje: _____
Állandó lakcíme: _____

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

- Baleseti halál
 Csonttörés
 Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!) Örökös

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.

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): _____

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 kérem a biztosítási összeg utalását, akkor az összeg feletti rendelkezési jogomat visszavonhatatlanul elvesztem.

MILYEN MINŐSÉGBEN TESZI A BEJELENTÉST?

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Törvényes képviselő
 Örökös
 Hozzá tartozó, mégpedig: _____

Kelt: _____ 2 0 _____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított törvényes képviselőjének aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. április 19-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 3 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 3 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:**

- a biztosított halotti anyakönyvi kivonata,
- a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítvány,
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy hagyatékátadó végzés,
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratok,
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítása,
- a biztosítotti jogosultságot igazoló iratok: laccímekártya laccímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevél vagy születési anyakönyvi kivonat.

A kiskorú törvényes képviselője nyilatkozhat a kifizetés helyéről.

2. Csonttörés esetén:

- a csonttörést igazoló röntgenlelet vagy az orvosi igazolás másolata,
- a biztosítotti jogosultságot igazoló iratok: laccímekártya laccímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevél vagy születési anyakönyvi kivonat.

3. Baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás esetén:

- a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igénybejelentésig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolatát,
- a baleset körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat,
- szükség esetén az okirat hiteles magyar fordítását,
- amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, a biztosítóhoz be kell nyújtani a nyomozás során készült jegyzőkönyvet, illetve a jogerős határozatot is,
- a biztosítotti jogosultságot igazoló iratok: laccímekártya laccímet igazoló első oldalának másolata és személyi igazolvány, útlevél vagy születési anyakönyvi kivonat.

BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA:

Alulírott

| | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|--|
| | | Állampolgárság: | |
| Születéskori neve: | | Anyja születéskori neve: | |
| Születési helye, ideje: | | | |
| Állandó laccíme: | | | |

kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot a Biztosított törvényes képviselőjeként teszem meg.** 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 felhatalmazom a Biztosítót a Biztosított egészségügyi adatai beszerzésére. 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 adatait a Biztosítottnak 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.

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.

** Törvényes képvisellel kapcsolatos további tájékoztatást jelen igénybejelentő nyomtatvány 3. oldalán olvashat.

Kelt: _____ 2 | 0 | | | év | | | hó | | | nap |

Igénybejelentő aláírása

Biztosított törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2024. április 19-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő 3 oldalas nyomtatvány, kizárólag mind a 3 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

TÁJÉKOZTATÓ

A 18. életévét be nem töltött kiskorú személy (továbbiakban: kiskorú) törvényes képviselőjét a vonatkozó jogszabály által meghatározott keretek között a szülői felügyeletet gyakorló szülő(k), illetve eseti gyám, vagyонkezelő gyám vagy gyám látja el.

A törvényes képviselő korlátai lehetnek többek között az alábbiak:

- A vagyонkezelői joggal nem rendelkező, illetve vagyoni ügyek vitelében korlátozott szülő a kiskorú vagyoni ügyeiben törvényes képviselőként nem járhat el.
- Amennyiben a szülők megállapodása, illetve a bíróság vagy a gyámhatóság eltérően nem rendelkezett, a különélő szülő nem jogosult a kiskorú törvényes képviselőjére.
- A szülő nem képviselheti a gyermekét olyan ügyben, amelyben ő maga, házastársa, élettársa, egyenesági rokona vagy az ő törvényes képviselője alatt álló más személy a kiskorúval szemben ellenérdekel.
- Nem járhat el törvényes képviselőként az a szülő, akinek szülői felügyeleti joga megszűnt, illetve a bíróság megszüntette, valamint, akinek a szülői felügyeleti joga szünetel, továbbá akinek vagyонkezelői jogát a gyámhatóság kizárta vagy korlátozta, ezért a biztosító szolgáltatása vonatkozásában a kiskorú képviselőjére nem jogosult.

Amennyiben a kiskorú - bármely okból - nem áll szülői felügyelet alatt, a gyámhatóság gyámot, illetve ha törvény vagy a gyámhatóság rendelkezése, érdekelletét vagy más tényleges akadály miatt a szülői felügyeletet gyakorló szülő nem járhat el, a gyámhatóság a kiskorúnak eseti gyámot, vagy kifejezetten a vagyон kezelésére vagyонkezelő gyámot rendel. Gyám, eseti gyám vagy vagyонkezelő gyám kirendelése esetén, kérjük csatolni a kirendelő határozat másolatát!

A kiskorú jogszabályban meghatározott összeget meghaladó értékű vagyontárgyáról való rendelkezés esetén (szülői rendelkezéssel érintett vagyон értéke meghaladja a szociális vetítési alap összegének negyvenötszörösét, azaz $28\,500 \times 45 = 1\,282\,500$ Ft-ot) a törvényes képviselő jognyilatkozatához a gyámhatóság jóváhagyása szükséges lehet.

A kiskorú törvényes képviselőjére vonatkozó részletes szabályokat, valamint korlátait a vonatkozó jogszabályok, - különösen a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény - tartalmazzák.