

Vagyon- és felelősségbiztosítási kárbejelentő
lakásbiztosítási szerződésekhez**SZERZŐDÉS ADATAI**

Kötvényszám:												
Módozat:	CIG Pannónia LakóTárs lakásbiztosítás					Egyéb:						
Kockázatviselési hely:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Neve:												
Lakcím, irányítószám:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	
Telefon:					E-mail cím:							

KÁROSULT ADATAI (felelősségbiztosítási károknál)

Neve:												
Lakcím, irányítószám:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	
Levelezési cím, irányítószám:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	
Telefon:					E-mail cím:							

MEGHATALMAZOTT ADATAI (amennyiben meghatalmazott jár el)

Neve:												
Lakcím, irányítószám:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	
Telefon:					E-mail cím:							
Kinek a képviseletében jár el:			szerződő			biztosított			károsult			

A SZOLGÁLTATÁS IGÉNY BEJELENTŐJE

Az igénybejelentő milyen minőségben jár el:			szerződő			biztosított			károsult				meghatalmazott
---	--	--	----------	--	--	-------------	--	--	----------	--	--	--	----------------

KÁRESEMÉNYRE VONATKOZÓ ADATOK

Kár helye, irányítószám:				Település:								
Közterület:					Házszám:			Emelet:			Ajtó:	
Kár időpontja:												
Kár oka:												
Becsült kárösszeg (forint):												
Káresemény rövid leírása:												
Károsodott vagyontárgyak:												

Hatósági eljárás volt?	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Eljáró hatóság megnevezése:				
A biztosítási szolgáltatás / kártérítés kifizetését:				
<input type="checkbox"/>	a _____ banknál vezetett _____ számlaszámra kérem utalni.			
<input type="checkbox"/>	postai úton, lakcímemre kérem.			
Más biztosító társaságnál rendelkezik-e az ingatlanra / ingóságra érvényes vagyonbiztosítással:	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
Biztosító neve:			Biztosítás kötvényszáma:	_____

KÁRFELELŐSSÉGRE VONATKOZÓ ADATOK

A biztosított a károkozásért való felelősségét elismeri-e:	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem	<input type="checkbox"/>	Részben
Indoklás:						
A biztosítottal szembeni igényérvényesítés időpontja:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A biztosított a kárt megtérítette-e:	<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem		
A biztosított által megtérített kár összege (forint):			A kifizetés időpontja:	_____	_____	_____

Nyilatkozat

A hatályos jogszabályok értelmében a károsodott vagyontárgyak vonatkozásában Áfa-visszatérítésre:	<input type="checkbox"/>	jogosult vagyok	<input type="checkbox"/>	nem vagyok jogosult
Kijelentem, hogy a káresemény kapcsán másik biztosítóval szemben, illetve másik biztosítóval fennálló szerződéseim alapján:	<input type="checkbox"/>	igényt érvényesítettem / érvényesítetek	<input type="checkbox"/>	igényt nem érvényesítettem / nem érvényesítetek
Biztosító neve:			Biztosítás kötvényszáma:	_____

A személyes adataim kezelésére vonatkozóan részletes, érthető tájékoztatást tartalmaz a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. Adatkezelési tájékoztatója, mely a biztosító www.cigpannonia.hu weboldalának adatvédelmi aloldalán is elérhető. Jelen adatkezelés célja a biztosítási szerződésből eredő szolgáltatási igények jogosságának megítélése. Amennyiben Ön nem áll szerződéses kapcsolatban a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosítóval (károsult, egyéb érintett), akkor a kárigényének elbírálása érdekében a személyes adatait jogos érdek alapján kezeli a Biztosító. A Biztosító a feladatai teljesítéséhez külső szervezeteket, adatfeldolgozókat, viszontbiztosítókat vehet igénybe. Ezen szervezetek listája, valamint az Adatkezelési tájékoztató, a jogos érdek alátámasztására elvégzett érdek mérlegelési teszt a <https://cigpannonia.hu/adatvedelem> weboldalon érhető el. Amennyiben személyi sérüléses káresemény történt, a Biztosító a személyes adatok különleges – egészségügyi adatok – kategóriáit is kezeli, amely adatok kezeléséhez az érintett (károsult) kifejezett hozzájárulása szükséges.

Alulírott károsult az adatkezelés céljáról és tartalmáról szóló megfelelő tájékoztatás alapján önkéntesen, kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy:

- személyi sérüléses káreseménnyel összefüggésben a fentebb megadott (mellékletként csatolt) dokumentumokban szereplő egészségügyi adatokat a Biztosító az Adatkezelési tájékoztatójában említett célból, az ott leírtak szerint kezelje;
- a Biztosító a kártérítési igényem elbírálásához a veszélyközösség megóvása céljából a 149.§ (5) bekezdés a), c) és e) pontjaiban meghatározott adatokat beszerezze más biztosítótól, amennyiben az erre vonatkozó jogosultsága a biztosítási szerződésben rögzítésre került.

Kijelentem, hogy a jelen szolgáltatási igénybejelentőben foglaltak a valóságnak megfelelnek.

Károsult aláírása

Kelt: _____ 20____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő aláírása