



**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
„KERESŐKÉPTELENSÉG”**

Tisztelt Hölgem/Uram!

Kérjük, töltsse ki nyomtatott betűkkel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el címünkre: **CARDIF Biztosító Zrt., 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.**

Mindazok az információk, amelyek a biztosítóttról tudomásunkra jutnak csak a CARDIF Biztosító Zrt. kárrendezési folyamata során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához kerülnek felhasználásra.
Tájékoztadjuk, hogy az adatkezelés az Ön önkéntes hozzájárulásán alapul.*

A biztosított adatai

Név: Leánykori név:
Születési dátum:

Bank/szolgáltató neve:
Hitelszerződés/bankszámlaszerződés száma:
Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hó/nap):

Hitel esetén kitöltendő!

Hitel típusa: áruhitel hitelkártya gépjárműhitel jelzálog egyéb:
Devizanem típusa: deviza alapú hitel forint alapú hitel

A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Ön a biztosítási esemény előtt: munkaviszonyban állt vállalkozó öregségi nyugdíjas
A keresőkép telenség oka: baleset..... betegség

Keresőkép telenség első napja (év/hó/nap):

Betegség esetén kitöltendő!

Volt-e ugyanezzel a betegséggel korábban is keresőkép telten állományban? igen nem
Amennyiben igen, pontosan mikor (év/hó/nap)?
Milyen hosszú ideig volt ekkor keresőkép telten?

Amennyiben kórházi kezelés is történt, hol és ki kezelte Önt (kórház neve és címe, a kezelőorvos neve)?
.....
.....

Baleset esetén kitöltendő!

A baleset időpontja (év/hó/nap):
Írja le röviden hol és milyen körülmények között történt a baleset!
.....
.....
.....

Az Ön házi orvosának neve, címe, telefonszáma:
.....

A kárigény elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

Minden esetben:

- „Orvosi igazolás a keresőkép telten állományba vételről“ elnevezésű igazolás másolata (folyamatos keresőkép telten esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
- A keresőkép telten séget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosizának megnevezését és BNO kódját, valamint a diagnózis megállapításának időpontját olvasható formában (nyomtatott betűkkel) tartalmazó orvosi igazolás másolata
- Amennyiben kórházi ápolás is történt zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata

Abban az esetben, ha balesetből kifolyólag van keresőkép telten állományban, fentiekén kívül az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

- A baleseti, vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- Hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozat, vagy bírósági ítélet másolata (amennyiben készült)

Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik jövedelembiztosítással, vagy a Citibank Europe Magyarországi Fióktelképénél rendelkezik „Biztos hétköznapok” elnevezésű biztosítással, kérjük, hogy a fentiekben kívül annak a bankszámlának a számát is megadja szíveskedjen, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

Számlaszám: -
Számíttató tulajdonos neve:

*Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljesek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti.

Jelen nyilatkozattal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljárásához illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben és időpontig kezelje, feldolgozza a vonatkozó hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a Biztosító informatikai felügyeletét végző GIE BNP Paribas CARDIF nevű cég, amely megfelel a biztosítókrol és biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 76-77. §-ai szerinti előírásoknak, a biztosítási jogviszonyok illetve károk nyilvántartásának működtetése céljából a Biztosító által nyilvántartott adatokhoz hozzáférjen, azokba betekintsen.

Tájékoztatjuk, hogy az Ön kérelmére a Biztosító tájékoztatást ad a személyes adatai kezeléséről, kérheti azok helyesbítését, törlését vagy zárolását, megilleti a tiltakozás, illetve a bírósági jogérvényesítés joga, valamint a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/C) vizsgálatát is kezdeményezheti.

Nyilatkozat
az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. és orvosszakértői az egészségi állapotra vonatkozó adataimat, mint különleges adatokat a kárrendezési eljárásához illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és időtartamig kezelje, feldolgozza a vonatkozó hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név:
Aláírás:

Az igénybejelentő 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 felfüggeszse a szolgáltatást, ha ez karbantartási vagy biztonsági okokból szükséges.

Amennyiben a fenti tájékoztatás megismerését követően Ön szeretne SMS formájában tájékoztatást kapni a fent megadott mobil telefonszámra az ezen az igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási igényével/igényeivel kapcsolatos legfontosabb információkról, kérjük erre vonatkozó jóváhagyását itt jelölje: (Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi szabályokat megismerte és elfogadta.

Dátum: Igénybejelentő aláírása: