

Szerződésszám:	
----------------	--

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Levelezési címe:			
Telefonszáma:		E-mail címe*:	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

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

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje! (Többet is bejelölhet.)

- | | |
|---|---|
| ☐ Betegségi eredetű halál | ☐ Baleseti maradandó egészségkárosodás |
| ☐ Baleseti halál | ☐ Műtéti térítés |
| ☐ Kritikus, rettegett betegség | ☐ Kórházi napi térítés |
| ☐ Maradandó egészségkárosodás | ☐ Csonttörés, csontrepedés |

KEDVEZMÉNYEZETT

A megfelelőt kérjük jelölje!

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

KEDVEZMÉNYEZETT			
Neve:			
Születéskori neve:		Anyja születéskori 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 vagy törvényes
képviselőjének aláírása_____
Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 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**1/4**



☐ 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):	
☐ 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!
☐ Biztosított		
☐ Szerződő		
☐ Név szerint jelölt kedvezményezett		
☐ Örökös		
☐ Hozzá tartozó, mégpedig:		

Kelt: 20 év hó nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 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



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.**

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.

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.

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.

BIZTOSÍTOTT TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK NYILATKOZATA

Alulírott, (születéskori neve: ,
anyja neve: , születési helye, ideje: ,
lakcíme:) , mint a Biztosított/Kedvezményezett törvényes képviselője kijelentem, hogy jelen nyilatkozatok, mint a Biztosított/Kedvezményezett törvényes képviselője által tett nyilatkozatok, a Biztosított/Kedvezményezettre is kiterjednek.

Kelt: _____

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

Igénybejelentő aláírása

Biztosított vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Kedvezményezett vagy törvényes
képviselőjének aláírása

Érvényes: 2024. november 14-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő kizárólag az első 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

3/4



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 megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges).

2. Műteti térítés esetén:

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

3. Kórházi napi térítés esetén:

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

4. 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.

5. Baleseti maradandó egészségkárosodás esetén:

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

6. Betegség eredetű halál:

- halotti anyakönyvi kivonat másolata,
- halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- 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),
- jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékátadó végzés másolata (feltéve, hogy nincs érvényes Kedvezményezett jelölés),
- orvosi nyilatkozat – a kezelőorvos, háziorvos nyilatkozata – a káresemény hátterében álló alapbetegség(ek) megnevezésével és a betegség(ek) első kórismetetének pontos időpontjával,
- a kiadásokat igazoló eredeti számlák (ha szükséges),
- kiskorú örökös, Kedvezményezett esetén (jogerős hagyatékátadó végzés szerinti) gyámhatóság által kiállított igazolás a gyámhatósági betétkönyv megnyitásáról, mely tartalmazza a számlaszámot (ha szükséges).

Kedvezményezett személy vagy törvényes örökös személyes okmányainak (személyigazolvány mindkét oldalának, valamint a laccímekártya, laccímet igazoló oldalának másolata.

7. Kritikus, rettegett betegségek fedezetek:

Rosszindulatú daganatos (rákos) megbetegedés diagnosztizálása a megfelelő kórszövettani vizsgálat eredménye alapján történik.

Szívinfarktus elfogadásának feltételei a következők:

- a kórelőzményben szereplő tipikus mellkasi fájdalom dokumentálása;
- az infarktusra jellemző EKG eltérések megléte;
- a szívizom elhalására jellemző enzimértékek emelkedésének kimutatása.

A fenti három kritériumból kettő megléte elegendő az infarktus diagnosztizálásához.

Szív koszorúér megkerülő (by-pass) műtét elfogadásához a műtét előtti kórelőzmény, illetve részletes kivizsgálás és a műtét leírás vagy annak kivonata szükséges.

Stroke (maradandó agykárosodások) esetén a történést követő 90 nap múlva a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos által megállapított maradandó idegrendszeri károsodás dokumentálása alapján történik az esemény elfogadása.

Krónikus veseelégtelenség a krónikus és visszafordíthatatlan működés kiesésére vonatkozó laboratóriumileletek, valamint a 60 napja folyó dialízis igazolásával kerül elfogadásra.

Létfenntartású szerv átültetésének elfogadásához szükségesek a kórelőzmény, illetve a transzplantációs műtét dokumentumai vagy azok kivonatai.

Vakságot szemész szakorvosnak kell igazolnia a végállapothoz vezető kórkép dokumentációja mellett.

- Súlyos égési sérülés a megfelelő kritériumokat tartalmazó kórházi zárójelentés alapján kerül elfogadásra.
- Az ún. „4 alapvető napi tevékenység” elvégzésére való képtelenség diagnosztizálásának elfogadása a Biztosító által megbízott orvos szakértő vizsgálata alapján történik.
- Sclerosis multiplex diagnosztizálása a kórelőzmény, a kórfolyás, a laboratóriumi eredmények, az idegrendszeri tünetek, valamint az elvégzett képalkotó eljárások alapján a Biztosító által megbízott ideggyógyász szakorvos véleménye alapján kerül elfogadásra.
- AIDS- (HIV-) betegség elfogadása fekvőbeteg-gyógyintézet fertőzőbeteg-osztályán felállított orvosi diagnózis alapján történik.
- Végtag-amputáció a műtét elvégzését igazoló teljes orvosi dokumentáció alapján kerül elfogadásra.
- Bénulás diagnosztizálása neurológus szakorvos neurológiaosztályon, vagy intenzív osztályon kiállított kórházi zárójelentése alapján kerül elfogadásra. Ha végeztek elektrofiziológiai és szövettani vizsgálatot, azok eredményére is szükséges a betegség elfogadásához.
- A benyújtott dokumentumokat a Biztosító orvos szakértője bírálja el. A Biztosító orvosa további vizsgálatok elvégzését kezdeményezheti.

Valamennyi biztosítási esemény vonatkozásában, törvényes képviselő esetén a Gyámhatóság jóváhagyása szükséges az alábbi esetekben:

- A törvényes képviselő jognyilatkozatának érvényességéhez, ha az a kiskorú jogszabályban meghatározott összeget meghaladó értékű vagyontárgyról rendelkezik. A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) Korm. rendelet 26/B. § (3) bekezdése szerint, ha a szülői rendelkezéssel érintett vagyon értéke meghaladja a szociális vétféti alap összegének negyvenötzörösét (Jelen nyilatkozati minta érvényességi idejében aktuális összeg: 1.282.500 forint).
- Gondnokolt esetben a gondnokolt, illetve a gondnok jognyilatkozatának érvényességéhez, ha az a gondnokot kirendelő határozatban megállapított összeget meghaladó értékű vagyontárgyára vonatkozik.

Érvényes: 2024. november 14-től

Ügyfélszolgálat:

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

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