

**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 biztosítottról tudomásunkra jutnak csak a CARDIF Biztosító Zrt. kárrendezési folyamata során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához kerülnek felhasználásra. Tájékoztatójuk, 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 keresőképtheletenség oka:  baleset.....  betegség

Keresőképtheletenség első napja (év/hó/nap): .....

**Betegség esetén kitöltendő!**

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

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 keresőképtheletlen állományba vételről“ elnevezésű igazolás másolata (folyamatos keresőképtheletenség esetén az igazolást havonta kell elküldeni)
- A keresőképtheletenséget okozó betegség vagy baleseti sérülés diagnosizálásának 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 keresőképtheletlen 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 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 eljárásról 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 eljárásról 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: .....