

Tisztelt Ügyfelünk!

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre.

Címünk: CARDIF Biztosító Zrt., 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.

Kérjük, fordítson külön figyelmet az igénybejelentő hátoldalán mindkét szürkével megjelölt és vastagon keretezett mezőre, mert ha ezeket nem írja alá, nem tudjuk megkezdeni kárigényének elbírálását.

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul. Mindazon információ, amely a Biztosítottról és Önről a tudomásunkra jut, csak a kárrendezési folyamat során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához kerül felhasználásra. Hangsúlyozzuk azonban, hogy amennyiben nem írja alá az igénybejelentő hátoldalán található adatkezelési nyilatkozatot*, úgy hiánypótlás céljából visszaküldjük Önnek az igénybejelentő nyomtatványt, és a kárügyintézés csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

Amennyiben kérdése merülne fel, hívjon minket bizalommal a **+36 1 501 2300-as** telefonszámon.

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt.

Az Ön személyes adatai:

Név:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni telefonszám:.....	<input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag ügyintézés céljából történő felhasználásához.**
Mobil telefonszám:.....	e-mail cím:.....

Kérjük, itt ikszelje be, ha igénybe venné ingyenes kényelmi SMS szolgáltatásunkat:

Ennek keretén belül a megadott mobiltelefonszámára tájékoztatást küldünk Önnek SMS-ben az igénybejelentésével kapcsolatos legfontosabb lépésekről. Az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy a jelen igénybejelentő hátoldalán szereplő, az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót** megismerte és elfogadta.

A Biztosított személyes adatai:

Név:
Születési név:..... (amennyiben különbözik a halotti anyakönyvi kivonatban szereplő névtől)
Születési dátum:.....

Mely termékekhez kapcsolódik az életbiztosítás?

Bank / szolgáltató neve	Termék típusa amelyhez a Cardif életbiztosítása kapcsolódik	Termékazonosító hitelszerződés száma / bankszámlaszám
.....	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> közmű számla <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel
.....	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> közmű számla <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel

A Biztosított elhalálzásának időpontja (év/hó/nap):

A halál oka baleset / betegség volt.

Amennyiben a Biztosított elhalálzásának oka baleset volt, kérjük, adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap):,
és írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

.....

.....

.....

Kárigénye elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

- A mellékelt meghatalmazás, valamint nyilatkozat kitöltött, eredeti példánya.
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata az önkormányzattól vagy az anyakönyvi hivataltól.
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata háziorvostól vagy kórháztól, attól függően, hogy hol következett be a haláleset.
- Amennyiben készült, boncolási jegyzőkönyv másolata, amelyet kérésre a kórház vagy a hatóság ad ki.
- Amennyiben a halál oka betegség, a halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a háziorvostól, vagy a kórháztól (pl. háziorvosi karton, kezelésekről szóló zárójelentések, stb.).
- Amennyiben a halál oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata a hatóságtól vagy munkahelyi baleset esetén a munkahelytől.
- Amennyiben hatósági eljárás történt, rendőrségi jegyzőkönyv vagy egyéb hivatalos jegyzőkönyv másolata.
- Amennyiben külföldön következett be a haláleset, a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása.

Abban az esetben, ha a Biztosított a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik személyi kölcsönrel, illetve amennyiben egyéb olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános Szerződési Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, kérjük, hogy a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

Számlaszám:.....- Számlatulajdonos neve:.....

Kérjük, hogy a kárrendezési folyamat megkezdése érdekében írja alá a következő adatkezelési nyilatkozatot:

*Alulírott – mint az elhunyt örököse vagy hozzátartozója – 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 nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat, illetve néhai személyes adatait a kárrendezési eljárásához, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben és a biztosítási jogviszony megszűnését követő 5 évig 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 biztosítókról 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.

Tájékoztatom, 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 néhai egészségi állapotára vonatkozó adatait, mint különleges adatokat a kárrendezési eljárásához illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és a biztosítási jogviszony megszűnését követő 5 évig kezelje, feldolgozza, a vonatkozó hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név: **Aláírás:**

****Tájékoztatás SMS szolgáltatásról és e-mail cím felhasználásáról**

A kárrendezési eljárás során Önnek lehetősége van SMS formájában tájékoztatást kapni a jelen igénybejelentő nyomtatványon megjelölt biztosítási szolgáltatás iránti igénye(i)vel kapcsolatos legfontosabb információkról. SMS szolgáltatásunk igénybevétele díjmentes. Társaságunk az SMS elküldéséhez külső szolgáltatót vesz igénybe, amely az SMS küldési szolgáltatás nyújtása során birtokába kerülő valamennyi írott vagy szóbeli adatot, közleményt, információt (pl.: telefonszám, SMS szövege), függetlenül annak megjelenési formájától, bizalmasan kezel, és teljes felelősséget vállal azért, hogy ezek nem jutnak jogosulatlan harmadik fél birtokába. A külső szolgáltató nem fér hozzá az Ön személyes adataihoz, amelyeket a kárrendezési eljárás során bocsátott rendelkezésünkre.

Tájékoztatom, hogy az SMS szolgáltatás igénybevétele esetén Ön az esetleges telefonszám-változásának tényét és új mobil telefonszámát köteles írásban bejelenteni Társaságunkhoz, még a változás bekövetkeztét megelőzően. A bejelentés elmulasztásából eredő következményekért Társaságunk nem vállal felelősséget.

Tájékoztatom 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.

Tájékoztatom, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta.

Tájékoztatom, hogy amennyiben hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és használatához, társaságunk e-mail-ben is felveheti a kapcsolatot Önnel, kizárólag ügyintézés céljából. Amennyiben az e-mail-en történő kommunikációhoz való hozzájárulását vissza kívánja vonni, kérjük, küldjön erről üzenetet az ugyfelszolgalat@cardif.hu e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:..... **Igénybejelentő aláírása:**