

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 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 kárügyintézkést csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

Amennyiben kérdése merülne fel, hívjon minket bizalommal a **+36 1 501 2300-s** telefonszámon. Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt.

Az Ön személyes adatai:

Név:.....	Születési név:..... <i>Ezt csak akkor töltsse ki, ha különbözik a jelenlegi nevétől</i>
Születési dátum:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni telefonszám:.....	<input type="checkbox"/> Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag biztosításával kapcsolatos 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.*

Mely termékekhez kapcsolódóan vette igénybe a Cardif biztosítását?

Bank / szolgáltató neve	Termék típusa amely mellé Cardif biztosítást vett igénybe	Termékazonosító hitelszerződés száma / bankszámlaszám / közműszámla száma / telefon számla esetén telefonszám
.....	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> jövedelembiztosítás <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel <input type="checkbox"/> közmű számla
.....	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> jövedelembiztosítás <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel <input type="checkbox"/> közmű számla

Keresőképτεlenné válása előtt Ön munkavállaló, vállalkozó vagy nyugdíjas volt?

munkavállaló vállalkozó nyugdíjas

Mely naptól számítva van keresőképτεlen állományban?

Keresőképτεlenesség első napja (év/hó/nap):

Milyen okból vált keresőképτεlenné?

baleset miatt betegség miatt

Amennyiben baleset miatt vált keresőképτεlenné, 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:

Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről elnevezésű igazolás másolata a háziorvosától
Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről elnevezésű igazolás („táppénzes papír”) másolata a háziorvosától
Ezek hiányában, amennyiben az Ön munkáltatója TB kifizető hely, a munkahely hivatalos igazolása arra vonatkozóan, hogy mettől meddig volt Ön táppénzes állományban, továbbá milyen időszakra (mettől meddig) történt a táppénz számfejtése a munkáltató részéről.
Ezek hiányában, amennyiben az Ön munkáltatója nem TB kifizető hely, az OEP által kiállított hivatalos igazolás a táppénzes időszakról, valamint az Ön munkáltatója által kiállított hivatalos igazolás a táppénzes időszak első napjairól (melyet az OEP igazolás nem tartalmaz)
A keresőképtelenséget okozó betegség vagy baleset diagnosztizálásának megnevezését és BNO kódját, valamint a diagnózis első megállapításának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum másolata háziorvosától vagy kezelőorvosától
A betegséggel vagy balesettel kapcsolatban kiállított leletek, ambuláns lapok, zárójelentések másolatai kezelőorvosától

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

Munkahelyi baleset esetén üzemi baleseti jegyzőkönyv másolata
Rendőri intézkedés esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolata

Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik jövedelembiztosítással, a fentiekén kívül az alábbi dokumentum csatolását is kérjük:

A káreseményt megelőző 6 hónapra vonatkozó bérjegyzék vagy bankszámlakivonat másolata

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

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

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

*Alulírott kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljesek, tudomásul veszem, hogy valótlán adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti. Jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljárásához, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához beszeresse, 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.

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 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.

Tájékoztatjuk, 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. 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. Tájékoztatjuk, hogy az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót megismerte és elfogadta. Tájékoztatjuk, hogy amennyiben hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és használatához, társaságunk e-mail-ben is felveheti a kapcsolatot Önnel, kizárólag biztosításával kapcsolatos 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:
-------------	--------------------------------