

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
„BALESETBŐL EREDŐ KÓRHÁZI KEZELÉS”**

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.

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul.*

A biztosított adatai

Név: Leánykori név:.....
Születési dátum:

A hitelre vonatkozó adatok

A hitelt folyósító bank neve:
Hitelszerződés száma:
Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hó/nap):
Devizanem típusa: deviza alapú hitel forint alapú hitel

A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Ön a biztosítási esemény előtt: munkaviszonyban állt vállalkozó öregségi nyugdíjas

A kórházi tartózkodás első napja (év/hó/nap):

A baleset időpontja (év/hó/nap):

Írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

Várható-e még, hogy ugyanezen balesetből eredően további kórházi kezelésre szorul? igen nem
Ha igen, várhatóan mikor?

Amennyiben Ön olyan biztosítási csomaggal rendelkezik, amely esetében a Biztosított saját bankszámlaszámára történik a biztosítási szolgáltatás kifizetése, kérjük, adja meg az alábbi adatokat:

Főbiztosított bankszámlaszáma:
Számlavezető bank neve:

A szolgáltatási igény elbírálásához az alábbi dokumentumokat mellékelem:

- Orvosi igazolás a kórházi kezelés tartamáról és okáról (a kórházi kezelést szükségessé tevő baleseti sérülés diagnosztikájának megnevezése és BNO kódja)
- Zárójelentés ill. egyéb kórházi dokumentumok másolata
- A baleseti, vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben készült)
- Hatósági eljárás esetén az erre vonatkozó jogerős határozat, vagy bírósági ítélet másolata (amennyiben készült)

*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 nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. a a kárrendezési eljáráshoz szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljáráshoz 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 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

Alulírottjelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. és orvosszakértői az egészségi állapotra vonatkozó adataimat, mint különleges adatokat a kárrendezési eljáráshoz 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:.....