

Igénybejelentő haláleset miatt

Szerződésszám:

AZ IGÉNYBEJELENTŐ ADATAI

Név/Cégnév:												
Születéskori név:												
Anyja születéskori neve:												
Születési helye, ideje:												
Adóazonosító jel:								Adószám:				
Telefonszám:								E-mail:				
Állandó lakcím:												
Azonosító okmány jele, száma:	<input type="checkbox"/> Személyi igazolvány	<input type="checkbox"/> Vezetői engedély	<input type="checkbox"/> Útlevél									
	Érvényességi ideje:							Lakcímkártya:				
Az igénybejelentő, vagy a képviselt személy a szerződésben:	<input type="checkbox"/> Szerződő	<input type="checkbox"/> Törvényes örökös	<input type="checkbox"/> Kedvezményezett	<input type="checkbox"/> Egyéb, és pedig:								
(meghatalmazás esetén kérjük csatolja a jogszerű, eredeti meghatalmazást.)												

KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTELEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN KITÖLTENDŐ

Jogosult neve:											
Születéskori név:											
Anyja születéskori neve:											
Születési helye, ideje:											
Állandó lakcíme:											
Kérjük csatolja a „Nyilatkozat a törvényes képviselői jogról/gondnokságról” megnevezésű, kitöltött nyilatkozatot vagy a Gyámhivatal igazolását a törvényes képviselő személyére vonatkozóan.											

HALÁLESSET, AZ ELHUNYT (BIZTOSÍTOTT) ADATAI

Név:												
Születéskori név:												
Anyja születéskori neve:												
Születési hely, idő:												
Foglalkozása:												
A haláleset oka:	<input type="checkbox"/> nem baleset	<input type="checkbox"/> munkahelyi baleset	<input type="checkbox"/> közlekedési baleset	<input type="checkbox"/> egyéb baleset								
A haláleset helyszíne:												
A helyszín egyéb megjelölése (lakásán, kórházban, stb.):												
Volt-e hatósági vizsgálat?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	Hatóság megnevezése:									

Benyújtandó iratok: halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati bizonyítvány, boncjegyzőkönyv másolata, halotti epikrizis, kórházi zárójelentés, háziorvosi igazolás, jogerős hagyatéki végzés vagy öröklési bizonyítvány másolata, baleseti/munkahelyi baleseti jegyzőkönyv, balesetet vizsgáló hatósági pl. rendőrség vizsgálatot lezáró határozat másolata, munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszonyról.

KIFIZETÉS HELYE

Számlavezető bank neve:													
Számlatulajdonos neve:													
Bankszámla szám:													
Külföldi bankszámla, vagy nem forint pénznemű bankszámla esetén kitöltendő:													
SWIFT kód:					IBAN szám:					A bankszámla devizaneme:			

Kedvezményezett nyilatkozata (ha egyben biztosított vagy a biztosított örököse) Alulírott kijelentem, hogy a jelen szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványon 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. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje és az ilyen adatokat adatfeldolgozóknak továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy az adatfeldolgozók személyét, azonosító adataikat, valamint a részükre átadott adatok körét, továbbá az általuk végzett műveleteket a biztosító a honlapján teszi hozzáférhetővé. Jelen nyilatkozatommal felmentem az orvosi titoktartási kötelezettség alól azon személyeket, akik a biztosított egészségi adatait jogszabályi, vagy szerződéses felhatalmazás alapján kezelik, így különösen a kezelőorvost (ideértve a háziorvost és szakorvost is), szakértőt, egészségügyi szolgáltatót, vagy intézményt, egészségügyi állami szerveket, mentőszolgálatot felmentem az orvosi titoktartás alól. Egyben hozzájárulok ahhoz, hogy mindezen személyek a biztosított egészségi állapotával kapcsolatban vagy egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomásukra jutott személyes adatait és a személyes adatok különleges kategóriájába tartozó egészségi adatait a biztosítóknak és adatfeldolgozóknak további adatkezelés és feldolgozás céljából átadják. Kijelentem, hogy amennyiben a biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a biztosított törvényes képviselője, ráis kiterjed. Tudomásul veszem, hogy az adatkezeléshez való hozzájárulás elmaradása esetén a biztosító szolgáltatását nem tudja teljesíteni.

Kedvezményezett nyilatkozata (ha nem a biztosított vagy a biztosított örököse) Tudomásul veszem, hogy a biztosító teljesítéséhez a biztosítottnak vagy (a biztosított halála esetén) örökösének előző pont szerinti nyilatkozata szükséges, és kedvezményezettként kötelezettséget vállalok arra, hogy ezt a nyilatkozatot haladéktalanul beszerzem és továbbítom a biztosítóknak. Adatkezelési hozzájárulás hiányában a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be.

Kelt: év hó nap

Kedvezményezett aláírása

Kérjük minden esetben csatolja a kedvezményezett érvényes azonosító okmányainak másolatát (például személyigazolvány vagy jogosítvány vagy útlevél és a lakcímkártya másolata). Felhívjuk figyelmét, hogy az Általános Életbiztosítási Feltetelek „A biztosító teljesítéséhez szükséges iratok” pontja alapján további dokumentumok beküldése válhat szükségessé. Felhívjuk figyelmét, amennyiben a kifizetendő szolgáltatási összeg meghaladja a 3 600 000 Ft-ot vagy az annak megfelelő devizaösszeget, akkor a kifizetésre jogosult személynek azonosítása szükséges a pénzmossa és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján. Amennyiben a benyújtandó dokumentum idegen nyelven, úgy kérjük a dokumentum magyar nyelvű fordítását is benyújtani. Tájékoztatjuk, hogy a bekérhető iratok listájában feltüntetett dokumentumok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1300 Budapest, pf. 177
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

telefon: +36-1-5-100-200
telefax: +36-1-247-2021