

Címzett: CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Adminisztrációs osztály

Igénybejelentő biztosítási esemény bekövetkezése miatt

Szerződésszám:

BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított neve:	<input type="text"/>
Biztosított születéskori neve:	<input type="text"/>
Anyja születéskori neve:	<input type="text"/>
Születési helye, ideje:	<input type="text"/>
Állandó lakcíme:	<input type="text"/>
Foglalkozása:	<input type="text"/>

A SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT ADATAI (KEDVEZMÉNYEZETT)

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

KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTELEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN KITÖLTENDŐ

Jogosult neve:	<input type="text"/>
Születéskori neve:	<input type="text"/>
Anyja születéskori neve:	<input type="text"/>
Születési helye, ideje:	<input type="text"/>

Kérjük csatolja a „Nyilatkozat a törvényes képviselési jogról/gondnokságról” megnevezésű, kitöltött nyilatkozatot vagy a Gyámhivatal igazolását a törvényes képviselő személyére vonatkozóan.

KIFIZETÉS HELYE

Számlavezető bank neve:	<input type="text"/>		
Számlatulajdonos neve:	<input type="text"/>		
Bankszámla szám:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Külföldi bankszámla, vagy nem forint pénznemű bankszámla esetén kitöltendő:	<input type="text"/>		
SWIFT kód:	<input type="text"/>	IBAN szám:	<input type="text"/>
A bankszámla devizaneme:	<input type="text"/>		

Kelt: 2 | 0 | év | hó | nap

Kedvezményezett aláírása

Kedvezményezett törvényes
képviselőjének / Gondnok aláírása*

* Ha a szolgáltatásra jogosult kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes.

Érvényes: 2018. július 1-től

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen szolgáltatási igénybejelentő 2 oldalas nyomtatvány, csak minden oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

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

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

<input type="checkbox"/> 1. Lejárat / Elérés	<input type="checkbox"/> 2. (Saját jogú) nyugdíjjogosultság Kérjük adja meg a választott szolgáltatást: ** <input type="checkbox"/> Teljes <input type="checkbox"/> Egyszeri részleges	<input type="checkbox"/> 3. Egészségkárosodás (maradandó funkció károsodás) *** Nyugdíjbiztosítás esetén, kérjük adja meg a választott szolgáltatást: ** <input type="checkbox"/> Teljes <input type="checkbox"/> Egyszeri részleges
<input type="checkbox"/> 4. Retteggett / Kritikus betegség	<input type="checkbox"/> 5. Műtét ***	<input type="checkbox"/> 6. Kórházi fekvőbeteg ellátás ***
<input type="checkbox"/> 7. Égés ***	<input type="checkbox"/> 8. Keresőképtelenség ***	<input type="checkbox"/> 9. Egyéb:

** Amennyiben a szerződési feltételei erre lehetőséget biztosítanak!

*** Kérjük, adja meg a biztosítási esemény okát: nem baleset munkahelyi baleset egyéb baleset

Amennyiben 2. vagy 3. biztosítási esemény esetén az egyszeri részleges szolgáltatást jelölte meg, úgy kérjük adja meg az alábbiakat:

<input type="checkbox"/> rendszeres díjból képzett felhalmozási egységek terhére:	<input type="checkbox"/> arányosan a meglévő eszközalapok terhére		Ft/€****	eszközalaponként az alábbiak szerint:
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****
<input type="checkbox"/> nyugdíjcélú eseti egységek terhére:	<input type="checkbox"/> arányosan a meglévő eszközalapok terhére		Ft/€****	eszközalaponként az alábbiak szerint:
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****
<input type="checkbox"/> adóról való rendelkezés keretében átutalt összegből képzett egységek terhére:	<input type="checkbox"/> arányosan a meglévő eszközalapok terhére		Ft/€****	eszközalaponként az alábbiak szerint:
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****
		eszközalap		Ft/€****

**** A szerződés devizanemének megfelelően.

Baleset esetén kérjük adja meg a következőket:

Baleset időpontja:	Volt-e rendőri intézkedés?:
--------------------	-----------------------------

Az esemény részletes leírása (hogyan történt, milyen sérülés érte, mely testrésze sérült meg):

A jelenleg sérült testrésze korábban (betegség vagy baleset miatt) sérült volt-e? nem igen (Kérjük, mellékelje az ezzel kapcsolatos orvosi dokumentumokat!)

Betegség esetén kérjük adja meg a következőket:

Betegség megnevezése:	BNO kódja:
-----------------------	------------

Betegség mikor került diagnosztizálásra?

Volt-e korábban is ilyen jellegű betegsége? igen nem

Ha igen, mikor? Az esemény részletes leírása (milyen panaszai voltak, mikor észlelte a tüneteket, mikor fordult először orvoshoz, kihez):

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 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, rá is 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: 2010 év hó nap

Kedvezményezett aláírása

Kedvezményezett törvényes képviselőjének / Gondnok aláírása*

* Ha a szolgáltatásra jogosult kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes.

Érvényes: 2018. július 1-től

Felhívjuk figyelmét, hogy jelen szolgáltatási igénybejelentő 2 oldalas nyomtatvány, csak minden oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

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

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

Tájékoztató az egyes biztosítási események bekövetkezése esetén benyújtandó legjellemzőbb iratokról

Biztosítási esemény	Legjellemzőbb benyújtandó iratok a biztosítási eseménnyel kapcsolatban
Minden biztosítási esemény esetén nyújtsa be a kedvezményezett érvényes azonosító okmányainak másolatát (például személyigazolvány vagy jogosítvány vagy útlevelel és a lakcímkártya másolata)	
1. Lejárat / Elérés	biztosított életben létét igazolendő okirat, azaz a biztosított(ak) érvényes azonosító okmányainak másolata (például személyigazolvány vagy jogosítvány vagy útlevelel és a lakcímkártya másolata)
2. (Saját jogú) nyugdíjjogosultság megszerzése	Nyugdíjfolyósító szerv határozatának másolata a nyugellátási jogosultság megszerzéséről
3. Egészségkárosodás (Maradandó funkció károsodás)	munkaképesség csökkenés megállapítására jogosult szerv (NRSZH) által kiadott és hozzá benyújtott dokumentumok, határozatok másolata az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata, kórházi zárójelentés, első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, orvosi nyilatkozat, szövettani vizsgálat eredménye, ambuláns lap
4. Retteget / Kritikus betegség:	a vonatkozó termék különös feltételeiben az adott betegség esetén meghatározott dokumentumok
5. Műtét	a műtétet indokló állapottal kapcsolatos összes orvosi dokumentum és a műtét WHO kódját tartalmazó kórházi zárójelentés másolata
6. Kórházi fekvőbeteg ellátás	az első orvosi ellátás dokumentumainak másolata, kórházi zárójelentés, első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, keresőképtelenségi igazolás hiteles másolata, munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszonyról, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
7. Égés	orvosi ellátás dokumentumainak másolata, kórházi zárójelentés, első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, munkáltatói igazolás munkavállalói jogviszonyról, munkahelyi baleseti jegyzőkönyv
8. Keresőképtelenség	orvosi ellátás dokumentumainak másolata, kórházi zárójelentés, első ellátástól a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett valamennyi orvosi dokumentum, a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos, kórház által kiállított hiteles nyomtatvány másolata
9. Egyéb	a vonatkozó termék különös feltételeiben az adott esemény esetén meghatározott dokumentumok

A fentiekben túl felhívjuk figyelmét, hogy az Általános Életbiztosítási Feltételek „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 személy azonosítása szükséges a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján.

Amennyiben a benyújtandó dokumentum idegen nyelvű, úgy kérjük a dokumentum magyar nyelvű fordítását is benyújtani.

Tájékoztatjuk, hogy a bekérhető iratok listájában feltüntetett dokumentumok beszerzésének költségei a kedvezményezettet terhelik.