

**SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ
„HITELKÁRTYA-VISSZAÉLÉS”**

Tisztelt Hölgység/Uram!

Kérjük, tölts ki nyomtatott betűkkel az alábbi szolgáltatási igénybejelentőt és azt az alábbiakban megjelölt dokumentumokkal együtt küldje el címünkre: **E-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu; Fax: 06 1 501 2301; Posta: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. 1062. Budapest, Teréz krt. 55-57.**

Kérjük, fordítson külön figyelmet a szolgáltatási igénybejelentő hátoldalán szürkével megjelölt és vastagon keretezett mezőre – Meghatalmazottként történő eljárás esetén két szürke mezőre -, mert ha ezt/ezeket nem írja alá, nem tudjuk megkezdeni a kárigény elbírálását.

A biztosított adatai

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

A hitelre vonatkozó adatok

Hitelkártya szerződés száma:..... Hitelkártya száma:.....
Biztosításhoz történő csatlakozás dátuma (év/hónap/nap):.....

A biztosítási eseményre vonatkozó kérdések

Kártya elvesztésének / ellopásának / elrablásának időpontja (év/hó/nap):.....
Jogosulatlan felhasználás észlelésének időpontja (év/hó/nap):
Kártya letiltásának időpontja (év/hó/nap):
Rendőrségi feljelentés időpontja (év/hó/nap):

Írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a kártya ellopása / elvesztése / elrablása!.....

.....

Hogyan szerzett tudomást arról, hogy kártyájával illetéktelen személyek visszaéltek?.....

.....

A kárigény elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

- Rendőrségi feljelentés másolata
- Az elveszett / jogtalanul eltulajdonított / elrabolt fedezett bankkártyával végrehajtott tranzakciókat tartalmazó egyenlegértesítő másolata

Az igénybejelentő (Biztosított/Meghatalmazott) neve, levelezési címe:.....

Otthoni telefonszám:.....Mobil telefonszám:

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Biztosítottól a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelésre vonatkozó részletes Adatvédelmi tájékoztatót a biztosításra vonatkozó Általános és Különös biztosítási Feltételek elnevezésű dokumentum tartalmazza.

Amennyiben nem a Biztosított az igénybejelentő, akkor kérjük a szolgáltatási igénybejelentőhöz csatoltan legyen szíves megküldeni meghatalmazását!

**Tájékoztató Meghatalmazott személyek részére
(Amennyiben a biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)**

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezési folyamat során Önről, mint Meghatalmazottról a tudomásunkra jut a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához kerül felhasználásra. Az adatkezelés az Ön személyes adatai tekintetében önkéntes hozzájáruláson alapul. Az adatkezelésre vonatkozó részletes tájékoztatónkat Társaságunk Adatkezelési



tájékoztatója tartalmazza, melyet a www.bnpparibascardif.hu weboldalon megtalál. Ön jogosult bármikor visszavonni hozzájárulását, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét.

A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítését, kivéve ha a Biztosított ismét bejelenti személyesen a kárt.

Kérjük, az alábbi nyilatkozat kitöltésével és aláírásával adja meg hozzájárulását a személyes adatainak kezeléséhez.

Nyilatkozat a Meghatalmazott személyes adatainak kezeléséhez való hozzájárulásról

Alulírott **Meghatalmazott**, jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. a kárrendezési eljáráshoz szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljáráshoz, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben az Adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje a vonatkozó, hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név:

Aláírás:

Tájékoztató SMS szolgáltatásról

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, mint adatfeldolgozót vesz igénybe (Dream Interactive Kft.; 1027 Budapest Medve utca 24.), 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 a telefonszám és az SMS szövegén kívül 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.

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

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

Alulírott, jelen igénybejelentő aláírásával kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelőek és teljeselek, tudomásul veszem, hogy valótlan adatok közlése esetén a biztosító a szolgáltatás kifizetését megtagadhatja, és a kockázatvállalást megszüntetheti.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:.....Igyenybejelentő aláírása:.....