

**Tisztelt Ügyfelünk!**

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre. **E-mail: [ugyfelszolgalat@cardif.hu](mailto:ugyfelszolgalat@cardif.hu); Fax: 06 1 501 2301; Posta: 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.**

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.

**A Biztosított 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:.....

**Meghatalmazott személyes adatai (amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el):**

Név:.....	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:.....

**\*Tájékoztatás e-mail cím felhasználásáról:** 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](mailto:ugyfelszolgalat@cardif.hu) e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

**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	.....

**Keresőképtelenné válása előtt Ön munkavállaló, vállalkozó vagy nyugdíjas volt?**

munkavállaló                       vállalkozó                       nyugdíjas

**Mely naptól számítva van keresőképtelen állományban?**

Keresőképtelenség első napja (év/hó/nap): .....

**Milyen okból vált keresőképtelenné?**

baleset miatt                       betegség miatt

**Amennyiben baleset miatt vált keresőképtelenné, kérjük**

adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap): ....., és írja le röviden, hol és milyen körülmények között történt a baleset!

**Kérjük elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:**

<b>Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről</b> elnevezésű igazolás másolata a háziorvosától
<b>Orvosi igazolás folyamatos keresőképtelenségről</b> 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 <u>nem</u> 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 <b>betegség vagy baleset diagnosizának megnevezését és BNO kódját, valamint a diagnózis első megállapításának időpontját tartalmazó orvosi dokumentum</b> másolata háziorvosától vagy kezelőorvosától
A betegséggel vagy balesettel kapcsolatban kiállított <b>leletek, ambuláns lapok, zárójelentések</b> másolatai kezelőorvosától

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

Munkahelyi baleset esetén <b>üzemi baleseti jegyzőkönyv</b> másolata
Rendőri intézkedés esetén a <b>rendőrségi jegyzőkönyv</b> 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 és Különös Biztosítási 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:.....

**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.

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

<b>Nyilatkozat az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról</b>	
Alulírott <b>Biztosított / Meghatalmazott</b> jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) és az esetleges viszontbiztosítói a kárrendezési eljárásról illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatait gyűjtsék és kezeljék, tekintettel arra, hogy ezek az adatok elengedhetetlenül szükségesek a szerződésben foglalt biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez. Tudomásul veszem továbbá, hogy ezeket az adatokat a Biztosító a kár elbírálásához igénybevetett orvosszakértői részére továbbítja. Tájékoztatom, hogy a hozzájárulásom bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatások teljesítését. Hozzájárulásom visszavonása nem eredményezi adott esetben a biztosított jogviszonyának megszüntetését, és a kezelt egészségügyi adatok nem kerülnek törlésre, kivéve ha az adatkezelésnek nincs más joga.	
<b>Név:</b> .....	<b>Aláírás:</b> .....

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

**Tájékoztatás Meghatalmazott személyek részére  
(Amennyiben a Biztosított helyett Meghatalmazott személy jár el)**

Mindazon személyes adat, amely a kárrendezés folyamat során Önről, mint **Meghatalmazottról** a tudomásunkra jut, a kárrendezési folyamat során, 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](http://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 CARDIF Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljárásához, 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: .....

**Tájékoztatás 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 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.

**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, a jelen igénybejelentő aláírásával 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.**

**Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:**

Dátum:.....

igénybejelentő aláírása: .....