

Tisztelt Ügyfelünk!

Szolgáltatási igényének bejelentéséhez kérjük, töltsse ki ezt a formanyomtatványt és a megjelölt dokumentumokkal együtt küldje vissza részünkre. **E-mail: 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.

Tájékoztatjuk, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájáruláson alapul. Mindazon információ, amely Önről a tudomásunkra jut, csak a kárrendezési folyamat során, a biztosítási szolgáltatás iránti igény elbírálásához, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához kerül felhasználásra. Hangsúlyozzuk azonban, hogy amennyiben nem írja alá az igénybejelentő hátoldalán található adatkezelési nyilatkozatot*, úgy hiánypótlás céljából visszaküldjük Önnek az igénybejelentő nyomtatványt, és a kárügyintézkést csak az aláírt példány beérkezését követően tudjuk megkezdeni.

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.

Az Ön 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:.....

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

*Ennek keretén belül a megadott mobiltelefonszámára tájékoztatást küldünk Önnek SMS-ben az igénybejelentésével kapcsolatos legfontosabb lépésekről. Az SMS szolgáltatás igénylése esetén Ön elismeri, hogy a jelen igénybejelentő hátoldalán szereplő, az SMS szolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi tájékoztatót** megismerte és elfogadta.*

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"/> közmű számla <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel
.....	<input type="checkbox"/> áruhitel <input type="checkbox"/> hitelkártya <input type="checkbox"/> személyi hitel <input type="checkbox"/> közmű számla <input type="checkbox"/> autó hitel <input type="checkbox"/> telefon számla <input type="checkbox"/> jelzáloghitel

Mikor állapították meg a rokkantságot?

Rokkantság megállapításának dátuma (év/hó/nap):

Betegségből vagy balesetből kifolyólag állapították meg a rokkantságot?

balesetből kifolyólag betegségből kifolyólag

Amennyiben balesetből kifolyólag állapították meg a rokkantságot, kérjük adja meg a baleset pontos dátumát (év/hó/nap):

.....

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

.....
.....
.....

Kárigénye elbírálásához az alábbi dokumentumok csatolását kérjük:

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által kiadott szakvélemény másolata
- A rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka betegség, a betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata

Abban az esetben, ha Ön a Budapest Bank Zrt-nél rendelkezik személyi kölcsönrel, az EDF DÉMÁSZ Zrt-nél számlabiztosítással, vagy egyéb olyan termékkel kapcsolatos szolgáltatásra nyújt be igénylést, amely esetében az Általános Szerződési Feltételek szerint a Biztosító az Ön által megjelölt bankszámlára is folyósít, kérjük, hogy a fentiekben kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

Számlaszám:..... - Számlatulajdonos neve:.....

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

*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 kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat a kárrendezési eljárásához, a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez, illetve egy esetleges panasz kivizsgálásához beszerezze, nyilvántartsa, felhasználja, az ahhoz szükséges mértékben és a biztosítási jogviszony megszűnését követő 5 évig 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 biztosítóról 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 betekintszen.

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

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Biztosító Zrt. és orvosszakértői az egészségi állapotra vonatkozó adataimat, mint különleges adatokat a kárrendezési eljárásához illetve a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges mértékben és a biztosítási jogviszony megszűnését követő 5 évig kezelje, feldolgozza a vonatkozó hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Név:

Aláírás:

****Tájékoztatás SMS szolgáltatásról és e-mail cím felhasználásáról**

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.

Tájékoztatjuk, hogy 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 e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:.....

Igénybejelentő aláírása: