

**Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány csoportos élet-, egészség- és balesetbiztosításhoz (általános csoportos szerződéshez)****SZERZŐDŐ**

Név:	Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara	Szerződésszám:	1600012001
------	---	----------------	------------

IGÉNYBEJELENTŐ ELÉRHETŐSÉGEI

Igénybejelentő neve:			
Lakcíme (levelezési cím!):			
Telefonszáma:		Email címe*:	

BIZTOSÍTOTT (HA NEM AZONOS A KEDVEZMÉNYEZETTEL)

Biztosított neve:			
Biztosított születésnéve:		Anyja születésnéve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:**			
Állandó lakcíme:			
Kamarai tagság száma:***			

SZOLGÁLTATÁSI IGÉNY

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Gyermekszületés
 Kórházi napi térítés
 Haláleset (betegségi)
 Égési sérülés
 Rokkantság
 Csonttörés
 Műtéti térítés
 Haláleset (baleseti)
 Egyéb: _____

Biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:

KEDVEZMÉNYEZETT (csak haláleseti szolgáltatási igény esetén kitöltendő)

A megfelelőt kérjük jelölje!

- Biztosított (életben léti szolgáltatás esetén!)
 Örökösök
 Név szerint jelölve

KEDVEZMÉNYEZETT

Neve:			
Születésnévi neve:		Anyja születésnévi neve:	
Születési helye, ideje:			
Adóazonosító jele:			
Állandó lakcíme:			
Azonosító okmány száma: (személyi ig./útlevél/vezetői eng.)		Lakcímgazdálkodás száma:	

*Hozzájárulok, hogy a Biztosító a szolgáltatás elbírálásával kapcsolatban a tájékoztatást az igénybejelentőn megadott e-mail címen továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül jogosult vagyok visszavonni, mely az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti.

**Csak haláleseti szolgáltatási igény esetén kitöltendő.

***Amennyiben a csoportos biztosítás kamarai tagsághoz kapcsolódik.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Igénybejelentő aláírása_____
Biztosított aláírása_____
Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2023. december 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!**Ügyfélszolgálat:**

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

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

**CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK**

CSATOLANDÓ DOKUMENTUM MEGNEVEZÉSE		Életbenléti szolgáltatás esetén	NEM baleseti halál esetén	Baleseti halál esetén
Eredetiben	Másolatban			
Szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány		X	X	X
Kedvezményezett jelölő nyilatkozat*		-	X	X
	Halotti anyakönyvi kivonat	-	X	X
	Halottvizsgálati bizonyítvány	-	X	X
	Boncjegyzőkönyv	-	X	X
	Kórházi zárójelentések a biztosítási eseményt megelőző 5 évre visszamenően	-	X	-
	Háziorvosi betegkarton a biztosítási eseményt megelőző 5 évre visszamenően	-	X	-
	Jogerős hagyatékátadó végzés/ öröklési bizonyítvány***	-	X	X
	Jogerős rendőrségi határozat	-	-	X
	Jogosítvány, forgalmi engedély**	X	-	X
A szolgáltatási igényre vonatkozó kórházi zárójelentések, laborvizsgálatok (vér, vizelet, stb.), képalkotó (Rtg., CT, MR) és egyéb diagnosztikai vizsgálatok eredménye		X	-	-

*amennyiben szerződéskötéskor, illetve a biztosítási eseményt megelőzően a biztosított jelölt meg név szerinti kedvezményezette(ke)t

**amennyiben a biztosított vezetett

***amennyiben halál esetére nincs név szerint megjelölt kedvezményezett

Tájékoztató! Kiskorú kedvezményezett esetén a kiskorú lakhelye szerint illetékes gyámhivatal határozatának kézhez vétele után fizeti ki Társaságunk a szolgáltatás összegét a gyámhatóság rendelkezésére megfelelően. Amennyiben rendelkezik a gyámhatóság jogerős határozatával, úgy kérjük annak másolatát a bejelentő nyomtatvánnyal egy időben küldje meg részünkre. Ha a szükséges határozattal nem rendelkezik, úgy azt Társaságunk megkéri a gyámhivataltól.

Kedvezményezett nyilatkozata (ha egyben Biztosított)

„Alulírott **kijelentem**, hogy az 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. Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatban, valamint az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom. **Tudomásul veszem**, hogy a Biztosító a biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat biztosítási titokként kezeli. Jelen igénybejelentő aláírásával egyrészt **felhatalmazom a Biztosítót egészségügyi adataim beszerzésére**, másrészt az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 25.§ (2) bekezdése alapján **felmentem az orvosi titoktartás alól a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a Biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a Biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek. Hozzájárulok**, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

Alulírott az előzetes, részletes tájékoztatás alapján jelen nyilatkozat aláírásával önkéntesen, befolyásmentesen és kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a szolgáltatási igény elbírálása és a Biztosító szolgáltatásának teljesítése céljából az általam megadott, vagy a Biztosító tudomására jutott, különleges személyes adatnak minősülő egészségügyi adataimat kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem adom meg a kért hozzájárulást a Biztosítónak nem áll módjában a szolgáltatást teljesíteni.

Tudomásul veszem továbbá a tájékoztatást, miszerint a hozzájárulásomat bármikor, indokolás nélkül visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulás visszavonása az azt megelőző adatkezelés jogszerűségét nem érinti. Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

Kijelentem, hogy amennyiben a Biztosított kiskorú, jelen hozzájárulásom és titoktartás alóli felmentésem, mint a Biztosított törvényes képviselője által tett nyilatkozat, a kiskorú Biztosítottra is kiterjed.”

Kedvezményezett nyilatkozata (ha nem a Biztosított)

„Alulírott **kijelentem**, hogy az 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. Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatban, valamint a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget válllok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom. **Hozzájárulok**, hogy a Biztosító statisztikai, adatelemzési célból a teljesített szolgáltatásról adatot szolgáltatasson a szerződő részére legfeljebb a biztosítási szerződés tartamának végét követő negyedév végéig. Az adatszolgáltatás a szolgáltatás típusának és összegének, valamint a kifizetés dátumának továbbítását foglalja magában.

Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatban részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a kifizetendő életbiztosítási szolgáltatási összeg meghaladja a 4 500 000 Ft-ot vagy az annak megfelelő devizaösszeget, akkor a pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről szóló jogszabályi rendelkezések alapján a kifizetésre jogosult személy azonosítása, illetve a kifizetésre jogosult által kifizetési helyként megjelölt pénzügyi számláról szóló igazolás (bankszámla szerződés/ bankszámlakivonat/ bankszámla igazolás) benyújtása szükséges.

Kelt: _____ 2, 0 _____ év _____ hó _____ nap

Igénybejelentő aláírása

Biztosított aláírása

Kedvezményezett aláírása

Érvényes: 2023. december 1-től

Figyelem! Jelen Szolgáltatási igénybejelentő három oldalas nyomtatvány, kizárólag mindhárom oldal megléte esetén értékelhető!

Ügyfélszolgálat:

levelezés: 1476 Budapest, pf. 325
e-mail: ugyfelszolgalat@cig.eu

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