

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – ROKKANTSÁG

Köszönjük, hogy Társaságunkat választotta! Bízunk abban, hogy segítségére tudunk lenni ebben a nehéz helyzetben.

Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatót annak érdekében, hogy a kárigény benyújtása és elbírálása a lehető leghamarabb megtörténjen.

1. Kérjük, töltsse ki elektronikusan az alábbi igénybejelentő nyomtatványt. Amennyiben erre nincs lehetősége, nyomtatást követően kézzel is kitöltheti.
2. Kérjük, adja meg **e-mail címét és telefonszámát a gyorsabb kapcsolatfelvétel** érdekében.
3. Kárigénye elbírálásához kérjük, csatolja az alábbiakban felsorolt **dokumentumokat**:

- Kitöltött és aláírt igénybejelentő** nyomtatvány (következő oldalak)
- A rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozat** másolata
- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által kiadott szakvélemény** másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka betegség, a **betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentációk** másolata
- Amennyiben az egészségkárosodás oka baleset, a **baleseti, vagy munkabaleseti jegyzőkönyv** másolata

A fenti dokumentumok hiányában a kárigény elbírálását nem áll módunkban elvégezni, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.

4. Kérjük, hogy az igénybejelentő nyomtatvány utolsó oldalát lássa el **saját kezű aláírással**. Elektronikus benyújtás esetén **minősített elektronikus aláírással vagy AVDH** segítségével is aláírhatja az igénybejelentőt.

*amennyiben nincs minősített elektronikus aláíró tanúsítványa, de rendelkezik ügyfélkapu hozzáféréssel, úgy az aláíráshoz javasoljuk az AVDH (azonosításra visszavezetett dokumentumhitelesítés) szolgáltatás használatát (https://magyarorszag.hu/szuf_avdh_feltoltes)

5. **Kérjük, küldje el az elbíráláshoz szükséges dokumentumok másolatát a következő e-mail címre: ugyfelszolgalat@cardif.hu**

E-mailes küldés esetén a dokumentumok hamarabb beérkeznek, ezáltal hamarabb kezdhethetjük az ügyintézését.

Postacím: BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt., 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.

Fax: 06 1 501 2301

Amennyiben kérdése van, kérjük, bizalommal keresse telefonos ügyfélszolgálatunkat: +36 1 501 23 00

IGÉNYBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY – ROKKANTSÁG

Amennyiben az ügyben a megjelölt biztosított helyett meghatalmazott jár el, a meghatalmazott adatait a következő oldalon kell megadni.

Biztosított teljes neve:

Születési név: Születési dátum:

Születési hely: Állampolgárság:

Anyja neve: Szerződés szám (nem kötelező):

Állandó lakcím:

Település: Irányítószám:

Ország (ha nem Magyarország):

Mobiltelefonszám: **E-mail:**

Egyéb telefonszám:

Postacím, amennyiben eltér az állandó lakcímtől:

Cím:

Település: Irányítószám:

A káreseménnyel kapcsolatos információk

Az Ön egészségkárosodásának mértéke: %

Az Ön egészségkárosodásának oka: Betegség Baleset

A rokkantság megállapításának dátuma:

Amennyiben balesetből kifolyólag állapították meg a rokkantságot, kérjük, adja meg annak pontos dátumát:

Kérjük, írja le röviden, hogy hol és milyen körülmények között történt a baleset:

Szolgáltatás kifizetéséhez szükséges információk (ezt a rovatot NEM KELL KITÖLTENI abban az esetben, ha a biztosítási feltételek alapján a szolgáltatás nem a biztosított által megadott számlára teljesítendő pl. hitel törlesztőrészlete(k) / fennálló tartozás megfizetése a pénzügyi intézménynek.

Bankszámlaszám: - -

A biztosított a számla tulajdonosa: Igen Nem

Amennyiben nem a Biztosított a számlatulajdonos, kérjük adja meg a számlatulajdonos adatait:

Név: Születési dátum:

Állandó lakcím: Állampolgárság:

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

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, vagy megtalálható a www.bnpparibascardif.hu weboldalon.

Alulírott Biztosított / Meghatalmazott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) és az esetleges viszontbiztosító a kárrendezési eljárásához 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 igénybe vett orvosszakértői részére továbbítja. Tájékoztatom, hogy a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása azonban megakadályozhatja a biztosítási szolgáltatások teljesítését. Hozzájárulásának visszavonása nem eredményezi adott esetben a biztosított jogviszonyának megszüntetését, és a kezelt egészségügyi adatok nem kerülnek törlésre, kivéve, ha az adatkezelésnek nincs más jogalapja

Kelt:

Bejelentő aláírása



Tájékoztató és nyilatkozatok Meghatalmazott személyek részére

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

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.

Alulírott Meghatalmazott, jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. a kárrendezési eljárásához szükséges személyes adataimat, beleértve az előző oldalon megadott kapcsolattartási adatokat is, 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:

Születési dátum: Anyja neve:

Születési hely: Állampolgárság:

Lakcím:

Kelt:



Meghatalmazott aláírása

Kérjük, hogy a kitöltött és aláírt igénybejelentőt, vagy másolatát, illetve az alábbi, felsorolt dokumentumok másolatait (e-mail küldés esetén szkennelve, fényképezve) juttassa el az alábbi elérhetőségeink egyikére!

E-mail: ugyfelszolgalat@cardif.hu;

Fax: 06 1 501 2301; **Posta:** BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. 1062 Budapest, Teréz krt. 55-57.

Kárelbíráláshoz szükséges dokumentumok:

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

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben nem az összes, elbíráláshoz szükséges dokumentumot küldi el, hiánypótlásra lesz szükség, ami hosszabb kárrendezési időt eredményez.