

**IGÉNYFELMÉRŐ CSOPORTOS BIZTOSÍTÁSHOZ
(hitelkártya)**

Ügyfél neve:
Születési helye, ideje:
Hitelügylet azonosító:

A jelen igényfelmérő a Magyar Cofidis Bank Zrt. (a továbbiakban: „**Bank**”) mint szerződő és a BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (a továbbiakban: „**Életbiztosító**”) valamint a BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (a továbbiakban: „**Biztosító**”, az Életbiztosító és a Biztosító a továbbiakban együttesen: „**Biztosítók**”) mint biztosító között fennálló csoportos hitelfedezeti biztosítás igénylését és a vonatkozó Csoportos Biztosítási Szerződés(ek)hez történő csatlakozást megelőzően kerül kitöltésre annak megállapítása érdekében, hogy a vonatkozó Csoportos Biztosítási Szerződés(ek) alapján a Biztosító(k) által nyújtott szolgáltatás megfelel-e az Ön biztosítási igényeinek és szükségleteinek.

1. Szeretné hitelét akkor is biztonságban tudni, ha váratlanul változik az anyagi helyzete? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
2. Szeretné, ha <ul style="list-style-type: none">• az örökösei nem kapnak Ön után tartozást, ha Ön elhalálozik, illetve• segítséget kapna a törlesztéshez olyan esetekre, amikor:<ul style="list-style-type: none">a) megrokkann, vagyb) (ha nem áll munkaviszonyban) 5 napnál hosszabb ideig kórházba kerül, vagyc) (ha munkaviszonyban áll) ideiglenesen csökken a jövedelme, például mert<ul style="list-style-type: none">○ betegállományban van, vagy○ munkanélkülivé válik? (Ha Ön öregségi nyugdíjas vagy rokkantsági ellátást kap: a fenti a) és c) kérdés nem érinti Önt.) <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
3. Elfogadható Önnek, ha a biztosítás csak a kölcsön futamidejére szól? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
4. Megfelel az igényeinek, ha az Önre áthárított havi biztosítási díjat a Bank a hitelkártyaszámláról szedi be? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem

Általános tájékoztatás a fenti adatszolgáltatással kapcsolatban

Az adatszolgáltatás megtagadásához nem fűződnek hátrányos következmények, azonban a kért adatok hiányában nem határozható meg, hogy az adott a Csoportos Biztosítási Szerződés alapján nyújtott szolgáltatás megfelel-e az Ön biztosítási igényeinek és szükségleteinek.

A fenti kérdésekre adott válaszok nem kötelezik Önt, hogy igénybe vegye a hitelkártyához igénybe vehető – opcionális – csoportos hitelfedezeti biztosítást, azt egy külön csatlakozási nyilatkozattal teheti meg. A biztosítás részletes leírását (ideértve a Biztosító(k) mentesülésének eseteit és a kizárt kockázatokat is) a biztosítási feltételek (a továbbiakban: „**Biztosítási feltételek**”) tartalmazzák, melyek az alábbi linken érhetőek el: <https://www.cofidisbank.hu/biztositas>

Tájékoztatás a személyes adatok kezelésével kapcsolatban**Adatkezelő, adatfeldolgozó:**

- **Adatkezelők:** BNP Paribas Cardif Biztosító Zrt. (cégjegyzékszám 01-10-044717) és BNP Paribas Cardif Életbiztosító Zrt. (cégjegyzékszám 01-10-044718), mindkettő székhelye: 1062 Budapest, Teréz körút 55-57., adatvédelmi tisztviselő elérhetősége: adatvedelem@cardif.hu, a továbbiakban: „**Biztosítók**”)

• Adatfeldolgozó(k):

- az Adatkezelő részére függő biztosításközvetítői tevékenységet végző Magyar Cofidis Bank Zrt. (cégjegyzékszám 01-10-043269, székhely: 1062 Budapest, Teréz körút 55-57., a továbbiakban: „Bank”),
- ha a csatlakoztatás során nem a Bank munkavállalója jár el, akkor további adatfeldolgozó az a – kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző - gazdálkodó szervezet is, amelynek üzletében a Bank által nyújtott fogyasztási kölcsön / hitelkártya szolgáltatás útján finanszírozott árucikket Ön megvásárolja.

Az adatkezelés célja:

- A Biztosítók általi adatkezelés elsődleges célja annak megállapítása, hogy a vonatkozó Csoportos Biztosítási Szerződések alapján a Biztosítók által nyújtott szolgáltatás megfelel-e az Ön biztosítási igényeinek és szükségleteinek.
- Amennyiben Ön a csoportos hitelfedezeti biztosítást igénybe veszi (azaz: a hitelfedezeti biztosításra vonatkozóan külön csatlakozási nyilatkozatot tesz), úgy abban az esetben a Biztosítók adatkezelésének további célja a Csoportos Biztosítási Szerződés(ek)ben foglaltak teljesítése és az annak/azok alapján fennálló biztosított jogviszony állományban tartása.

Az adatkezelés jogalapja:

- A Biztosítókra, mint adatkezelőre vonatkozó, a biztosítási törvény (2014. évi LXXXVIII. törvény) alapján fennálló jogi kötelezettség teljesítése.

Az adatkezelés időtartama:

- Csoportos biztosításhoz való csatlakozás esetén az Ön által a jelen igényfelmérőn megadott adatokat a Biztosítók a biztosított jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelik, ameddig a biztosított jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető (legkésőbb a jogviszony megszűnésétől számított 5 éves elévülési idő). A biztosítási titokkal kapcsolatos részletes tudnivalók a Biztosítási feltételek végén találhatóak.
- Létre nem jött csatlakozás esetén a Biztosítók a jelen igényfelmérőn megadott adatokat 60 napig kezelik.

Az adatkezeléssel kapcsolatosan az érintettet megillető jogok:

Ön (1) kérelmezheti az Adatkezelőtől az Önre vonatkozó személyes adatokhoz való hozzáférést, (2) azok helyesbítését, (3) törlését vagy kezelésének korlátozását, (4) tiltakozhat az adatkezelés ellen, (5) jogosult panaszt tenni valamely adatvédelmi hatóságnál [különösen a szokásos tartózkodási helye, a munkahelye vagy a feltételezett jogsértés helye szerinti tagállamban – Magyarországon: Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság (1055 Budapest, Falk Miksa utca 9-11., levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9., telefonszám: +36-1-391-1400, e-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu, www.naih.hu)], valamint eljárást indítani az adatkezelő tevékenységi helye szerinti tagállam bírósága előtt.

Az adatkezeléssel kapcsolatos részletes tájékoztatás megtalálható a Biztosító és a Bank honlapján:

- <https://bnpparibascardif.hu/kapcsolat/adatvedelem>
- <https://www.cofidisbank.hu/adatvedelem>

A távértékesítéssel kapcsolatos részletes tájékoztatás megtalálható a Bank honlapján:

- <https://cofidisbank.hu/biztositas>

NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítás feltételeiről, valamint a kapcsolódó adatkezelésről kellő és részletes tájékoztatást kaptam, azt megértettem és tudomásul veszem.

Kelt:

.....

Ügyfél aláírása