

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.

Amennyiben kérdése merülne fel, hívjon minket bizalommal a **+36 1 501 2300-as** telefonszámon.

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el és hiánytalanul töltsse ki az igénybejelentőt.

Az Ön (Igénybejelentő) személyes adatai:

Név:.....	Levelezési cím:.....
Otthoni telefonszám:.....	☐ Kérjük, itt ikszelje be, ha hozzájárul e-mail címe rögzítéséhez és kizárólag 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 e-mail címre, vagy írja meg kérését postai úton.

A Biztosított személyes adatai:

Név:
Születési név:..... (amennyiben különbözik a halotti anyakönyvi kivonatban szereplő névtől)
Születési dátum:.....

Mely termékekhez kapcsolódik az életbiztosítás?

Bank / szolgáltató neve	Termék típusa amelyhez a Cardif életbiztosítása kapcsolódik	Termékazonosító hitelszerződés száma / bankszámlaszám
.....	☐ áruhitel ☐ hitelkártya ☐ személyi hitel ☐ közmű számla ☐ autó hitel ☐ telefon számla ☐ jelzáloghitel	
.....	☐ áruhitel ☐ hitelkártya ☐ személyi hitel ☐ közmű számla ☐ autó hitel ☐ telefon számla ☐ jelzáloghitel	

A Biztosított elhalálózásának időpontja (év/hó/nap):

A halál oka ☐ baleset / ☐ betegség volt.

Amennyiben a Biztosított elhalálózásának oka baleset volt, 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 mellékelt meghatalmazás, valamint nyilatkozat kitöltött, eredeti példánya.
- Halotti anyakönyvi kivonat másolata az önkormányzattól vagy az anyakönyvi hivataltól.
- Halottvizsgálati bizonyítvány másolata háziorvostól vagy kórháztól, attól függően, hogy hol következett be a haláleset.
- Amennyiben készült, boncolási jegyzőkönyv másolata, amelyet kérésre a kórház vagy a hatóság ad ki.
- Amennyiben a halál oka betegség, a halált okozó betegséggel kapcsolatos orvosi dokumentumok másolata a háziorvostól, vagy a kórháztól (pl. háziorvosi kártya, kezelésekről szóló zárójelentések, stb.).
- Amennyiben a halál oka baleset, a baleseti vagy munkabaleseti jegyzőkönyv másolata a hatóságtól vagy munkahelyi baleset esetén a munkahelytől.
- Amennyiben hatósági eljárás történt, rendőrségi jegyzőkönyv vagy egyéb hivatalos jegyzőkönyv másolata.
- Amennyiben külföldön következett be a haláleset, a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítása.

Abban az esetben, ha a Biztosított a Budapest Bank Zrt.-nél rendelkezett személyi kölcsönrel, illetve amennyiben 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, kérjük, hogy a fentiekén kívül annak a bankszámlának a számát is szíveskedjen megadni, amelyre a biztosítási szolgáltatás teljesítését kéri:

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

Adatvédelmi rendelkezések és nyilatkozatok

Mindazon információ, amely a kárrendezési folyamat során a Biztosítottól és Önről 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.

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

Nyilatkozat az Igénybejelentő személyes adatainak kezeléséhez való hozzájárulásról

☐ Alulírott Igénybejelentő jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Életbiztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) 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 Adatvédelmi tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje a vonatkozó hatályos adatvédelmi jogszabályok betartása mellett.

Nyilatkozat a néhai Biztosított egészségi állapotára vonatkozó személyes adatainak kezeléséhez való hozzájárulásról

☐ Alulírott Igénybejelentő jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a CARDIF Életbiztosító Zrt. és az esetleges viszontbiztosítói a kárrendezési eljárásához illetve egy esetleges panasz vagy más jogi igény kivizsgálásához a néhai 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 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.

Kérjük, hogy hozzájárulását az aláíráson kívül a nyilatkozatok elején található ☐-be tett „X”-szel jelölje!

Név:

Aláírás:

Tájékoztató 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, mint adatfeldolgozót vesz igénybe (Dream Interactive Kft.; 1027 Budapest Medve utca 24.), 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 a telefonszám és az SMS szövegén kívül nem fér hozzá az Ön személyes adataihoz, amelyeket a kárrendezési eljárás során bocsátott rendelkezésünkre. Tájékoztatom, 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. Tájékoztatom 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. Tájékoztatom, 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, jelen igénybejelentő aláírásával 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.

Kérjük, érvényesítse aláírásával az igénybejelentőt:

Dátum:.....

Igénybejelentő aláírása: